

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1933

THÈSE

485

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Léon LEVECQ**

Né le 6 Décembre 1907, à Preux-au-Sart (Nord)

---

FONCTIONNEMENT

DE LA

**MATERNITÉ BAUDELOCQUE**

---

*Président : M. COUVELAIRE, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince

—  
1933



FONCTIONNEMENT  
DE LA  
MATERNITÉ BAUDELOCQUE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1933

N° .....

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Léon LEVECQ**

Né le 6 Décembre 1907, à Preux-au-Sart (Nord)

---

FONCTIONNEMENT

DE LA

# MATERNITÉ BAUDELOCQUE

---

*Président : M. COUVELAIRE, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince

---

1933

**Doyen** .....

**BALTHAZARD.**

**I. — Professeurs**

**MM.**

Anatomie .....  
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale...  
Physiologie .....  
Physique médicale .....  
Chimie médicale .....  
Bactériologie .....  
Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....  
Pathologie et Thérapeutique générales .....  
Pathologie médicale .....  
Pathologie chirurgicale .....  
Anatomie pathologique .....  
Histologie .....  
Pharmacologie et matière médicale .....  
Thérapeutique .....  
Hygiène et médecine préventive .....  
Médecine légale .....  
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....

ROUVIERE.  
GREGOIRE.  
BINET.  
STROHL.  
DESGREZ.  
LEMIERRE.  
BRUMPT.  
BAUDOIN.  
CLERC.  
LENORMANT.  
ROUSSY.  
CHAMPY.  
TIFFENEAU.  
LEPER.  
TANON.  
BALTHAZARD.  
LAIGNEL.

Pathologie expérimentale et comparée.....  
Hydrologie et thérapeutique et climatologie.....

LAVASTINE.  
FIESSINGER.  
Maur. VILLARET.  
CARNOT.  
BEZANÇON.  
ACHARD.  
Marcel LABBE.

Clinique médicale .....

Hygiène et clinique de la première enfance.....  
Clinique des maladies des enfants.....  
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....  
Clinique des maladies du système nerveux.....  
Clinique des maladies infectieuses .....

LEREBoullet.  
NOBECOURT.  
H. CLAUDE.  
GOUGEROT.  
GUILLAIN.  
TEISSIER.

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....  
Clinique urologique .....

DEL BET.  
CUNEO.  
LEJARS.  
GOSSET.  
TERRIEN.  
LEGUEU.  
COUVELAIRE.  
BRINDEAU.

Clinique d'accouchements .....

Clinique gynécologique .....  
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
Clinique thérapeutique médicale .....  
Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
Clinique propédeutique .....  
Clinique de la Tuberculose .....  
Professeur sans chaire .....

JEANNIN.  
J.-L. FAURE.  
OMBREDANNE.  
RATHERY.  
LEMAITRE.  
Pierre DUVAL.  
Léon BERNARD.  
SERGENT.  
MAUCLAIRE.  
MULON.

**II. — Agrégés en exercice.**

**MM.**

ALAJOUIANINE Pathologie médicale.  
AUBERTIN .... Pathologie médicale.  
BENARD Henri. Pathologie chirurgicale  
BROCQ ..... Neurologie et Psychi-  
trie.  
BRULE ..... Pathologie médicale.  
BUSQUET ..... Pharmacologie.  
CADENAT ..... Pathologie chirurgicale

**MM.**

CATHALA ..... Pathologie médicale.  
CHABROL ..... Pathologie médicale.  
CHAILLEY-  
BERT. Physiologie.  
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.  
DOGNON ..... Physique.  
DONZELOT .... Pathologie médicale.



| MM.            |                         |
|----------------|-------------------------|
| ECALLE .....   | Obstétrique.            |
| FEY .....      | Urologie.               |
| GASTINEL ....  | Bactériologie.          |
| GATELIER ..... | Pathologie chirurgicale |
| De GAUDART     |                         |
| d'ALLAINES.    | Pathologie chirurgicale |
| GIROUD .....   | Histologie.             |
| HARVIER .....  | Pathologie médicale.    |
| HAZARD .....   | Pharmacologie.          |
| HOVELACQUE..   | Anatomie.               |
| HUGUENIN ....  | Anatomie pathologique   |
| HUTINEL .....  | Pathologie médicale.    |
| JOANNON ....   | Chimie biologique.      |
| LABBE Henri..  | Hygiène.                |
| LAROCHE Guy.   | Pathologie médicale.    |
| LEVEUF .....   | Pathologie chirurgicale |
| LEVY-VALENSI   | Neuro-psychiâtrie.      |
| LIAN .....     | Pathologie médicale.    |
| MILLOT .....   | Histologie.             |

| MM.             |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| MONDOR .....    | Pathologie chirurgicale              |
| MOREAU .....    | Pathologie médicale.                 |
| MOULONGUET.     | Pathologie chirurgicale              |
| MOURE .....     | Pathologie chirurgicale              |
| OBERLING ....   | Anatomie pathologique                |
| OLIVIER .....   | Anatomie.                            |
| PIEDELIEVRE.    | Médecine légale.                     |
| PORTES .....    | Obstétrique.                         |
| QUENU .....     | Pathologie chirurgicale              |
| RICHET Fils..   | Physiologie.                         |
| SANNIE .....    | Chimie biologique.                   |
| SEZARY .....    | Dermatologie et syphi-<br>ligraphie. |
| VALLERY-        |                                      |
| RADOT (Pasteur) | Pathologie médicale.                 |
| VAUDESCAL ..    | Obstétrique.                         |
| VELTER .....    | Ophtalmologie.                       |
| VERNE .....     | Histologie.                          |
| VIGNES .....    | Obstétrique.                         |

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens.

| MM.           |                       |
|---------------|-----------------------|
| GUENIOT ..... | Obstétrique.          |
| LEQUEUX ....  | Obstétrique.          |
| LEROUX .....  | Anatomie pathologique |

| MM.           |                |
|---------------|----------------|
| NEVEU-        |                |
| LEMAIRE.      | Parasitologie. |
| RETTNER ..... | Histologie.    |
| ZIMMERN ....  | Physique.      |

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent.

| MM.           |                        |
|---------------|------------------------|
| ABRAMI .....  | Clinique médicale.     |
| CHIRAY .....  | Clinique médicale.     |
| DEBRE .....   | Clinique médicale.     |
| DUVOIR .....  | Clinique médicale.     |
| BASSET .....  | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU ...  | Clinique chirurgicale. |
| HEITZ-BOYER.. | Clinique chirurgicale. |

| MM.           |                        |
|---------------|------------------------|
| MATHIEU ..... | Clinique chirurgicale. |
| MOCQUOT ....  | Clinique chirurgicale. |
| PROUST .....  | Clinique chirurgicale. |
| SCHWARTZ ..   | Clinique chirurgicale. |
| LEVY-SOLAL    | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER ... | Clinique chirurgicale. |
| METZGER ..... |                        |

### V. — Chargés de cours.

| MM.                                        |                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MAUCLAIRE, professeur sans<br>chaire ..... | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez<br>l'adulte pour les accidentés du travail, les<br>mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY .....                                 | Stomatologie.                                                                                                                                |
| CHAILLEY-BERT, Agrégé ....                 | Education physique.                                                                                                                          |
| LEDoux-LEBARD .....                        | Radiologie clinique.                                                                                                                         |
| WEIL-HALLE .....                           | Puériculture.                                                                                                                                |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



MEIS



A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de clinique obstétricale  
à la Faculté de Médecine de Paris,  
Officier de la Légion d'Honneur.*

Hommage de notre profonde  
et respectueuse reconnaissance.



A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX.

- M. le Docteur BABONNEIX.  
M. le Professeur LENORMANT.  
M. le Docteur ENRIQUEZ (*in memoriam*).  
M. le Professeur MARFAN.  
M. le Docteur LAUNAY.  
M. le Professeur OMBREDANNE.  
M. le Docteur HEUYER.

A MES AUTRES MAITRES.

- M. le Docteur PORTES.  
M. le Docteur LACOMME.  
M. le Docteur DIGONNET.

A MES CAMARADES DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE.



## INTRODUCTION

---

Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque, clinique obstétricale de la Faculté de Médecine, sera, en ce qui concerne l'année 1931, le sujet de notre thèse.

Dans ce travail, qui fait suite à ce qui a été fait depuis 1921 par nos collègues Job, Demelin, Géant, Baudrillard, Ballaire, Grasset, Renault, Abrahamian, Pradaude, nous n'avons apporté aucune modification au plan général qu'ont adopté nos prédécesseurs et qui nous sert de guide.

Nous diviserons donc ce travail statistique en trois parties :

Première partie. — Les consultations.

Consultation des femmes en état de gestation.

Consultation des mères nourrices et des nourrissons.

Consultation de gynécologie.

Dispensaire anti-syphilitique.

Deuxième partie. — Le service d'accouchement.

Service général.

Service spécialement réservé aux femmes atteintes de tuberculose pulmonaire.

Troisième partie. — Le service social.



## PREMIERE PARTIE

---

### Consultations

---

#### 1° CONSULTATIONS DES FEMMES EN ÉTAT DE GESTATION.

(Tous les jours de 9 h. à 12 h. et de 14 h. à 18 h.)

|                                     |        |
|-------------------------------------|--------|
| Nombre de consultations données ... | 20.586 |
| Nombre de consultantes .....        | 6.213  |

#### 2° CONSULTATIONS DES MÈRES-NOURRICES

ET DES NOURRISSONS.

(Lundi, mardi, jeudi à 14 heures; samedi à 9 heures.)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| Nombre de consultations données ..   | 9.099 |
| Enfants présentés aux consultations. | 1.332 |
| Enfants nourris au sein .....        | 1.030 |
| Enfants nourris au lait de vache ..  | 302   |

#### 3° CONSULTATIONS DE GYNÉCOLOGIE.

(Mardi à 9 heures, samedi à 14 heures.)

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Consultations données .....  | 1.887 |
| Nombre de consultantes ..... | 1.217 |

4° DISPENSAIRE ANTI-SYPHILITIQUE.

(Lundi et mercredi à 14 heures, vendredi à 9 heures.)

Nombre des inscriptions nouvelles :

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| Femmes .....                        | 768 |
| Nourrissons .....                   | 403 |
| Enfants depuis l'âge de 2 ans ..... | 137 |

*Réactions sérologiques pratiquées :*

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Adultes .....                | 7.020 |
| Nourrissons et enfants ..... | 160   |
| Examens positifs .....       | 274   |

*Ont été soumis au traitement régulier :*

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| Femmes .....                       | 494 |
| Nourrissons .....                  | 276 |
| Enfants depuis l'âge de 2 ans .... | 79  |

## DEUXIEME PARTIE

---

### Service d'accouchement

---

|                                                                                                                   |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Femmes reçues .....                                                                                               | 3.271 |
| Avortements (dont 1 avortement gé-<br>mellaire) .....                                                             | 96    |
| Rétentions (y compris 6 cas de fœtus<br>expulsés avant six mois, parmi les-<br>quels 1 gestation gémellaire) .... | 53    |
| Avortements molaire .....                                                                                         | 3     |
| Interruptions artificielles de la gesta-<br>tion (dont 1 accouchement d'enfant<br>vivant) .....                   | 8     |
| Gestations ectopiques .....                                                                                       | 2     |
| Césariennes (dont 1 gestation gémel-<br>laire) .....                                                              | 89    |
| Accouchements par les voies natu-<br>relles (dont 45 accouchements gé-<br>mellaires) .....                        | 3.069 |
| Nombre total des naissances .....                                                                                 | 3.204 |



## CHAPITRE PREMIER

---

### Avortements

---

#### 96 Observations

y compris l'observation 2903 *bis* qu'on ne peut classer  
faute de renseignements.

Dans 61 cas, la cause n'a pu être déterminée avec certitude (obs. : 205, 266, 370, 371, 380, 384 *bis*, 419, 454, 515, 540, 542, 644, 662, 772, 810, 828, 888, 893, 931 *bis*, 975, 992, 1006 *bis*, 1010, 1127, 1262, 1517, 1717, 1724 *bis*, 1744, 1933, 2054, 2114 *bis*, 2125, 2148, 2149, 2378, 2400 *bis*, 2422, 2476, 2535, 2543, 2554, 2573, 2587, 2711 *bis*, 2717, 2737 *bis*, 2777, 2820, 2826, 2845, 2862, 2952, 2962, 2967, 3050, 3085, 3097, 3109, 3193, 3207).

Dans le 34 autres cas on a noté :

5 fois la syphilis soupçonnée (obs. 1198 *bis*, 2668 *bis*, 2899 *bis*, 3107; diagnostiquée (obs. 2453).

4 fois la tuberculose pulmonaire (obs. 257, 635, 2971, 3130).

3 fois l'albuminurie (obs. 259, 1730 *bis*); compliquée d'une crise convulsive avec coma de nature indéterminée (obs. 784).

13 fois l'endométrite (obs. 43, 218, 566 *bis*, 744, 797, 1053, 1800, 1851, 2524, 2590, 2612, 2654, 3076).

3 fois une insertion vicieuse du placenta (obs. 797, 2524 (dans ces 2 cas existait aussi de l'endométrite), 3145).

2 fois un utérus fibromateux (obs. 293, 970).

1 fois une grossesse gémellaire (obs. 98 *bis*).

1 fois l'avortement a eu lieu après une laparotomie pour appendicectomie (obs. 2213).

1 fois l'avortement a eu lieu après une myomectomie pour fibrome (obs. 1559).

3 fois un traumatisme a été invoqué comme cause de l'avortement (obs. 246, 479, 482).

20 fois l'avortement a eu lieu dans les trois premiers mois :

11 fois en 2 temps;

4 fois en 1 temps;

5 fois on n'a pas mentionné sur l'observation si l'avortement s'est fait en 1 ou 2 temps;

11 fois il a été spontané;

6 fois on fit un curage digital pour rétention du placenta avec ou sans hémorragie.

(Obs. 371, 784, 931 *bis*, 2711 *bis*, 2899 *bis*, 3107.)

3 fois on fit un curage digital pour élévation thermique (obs. 257, 810, 2820).

75 fois du troisième au sixième mois :

6 fois en 1 temps.

69 fois en 2 temps.

58 fois il a été spontané.

13 fois on fit un curage digital pour rétention placentaire avec ou sans hémorragie.

(Obs. 772, 828; 1198 *bis* 1517, 1717, 1933, 2054, 2114 *bis*, 2654, 2971, 3097, 3109, 2130.)

1 fois on plaça un ballon intra-utérin de 80 cc. pour infection ovulaire (obs. 3085);

2 fois on fit un curetage (obs. 635, 2668 *bis*).

1 fois dans un cas d'infection ovulaire le fœtus fut extrait par césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 1800 (voir césariennes suivies d'hystérectomie).

Dans l'observation 2903 *bis* (observation non classée) on fit un curage digital pour hémorragie et rétention placentaire.

Mortalité maternelle : 2 cas.

Obs. 542. — Avortement de 4 mois  $1\frac{1}{2}$ . 5 jours après celui-ci début d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec fièvre sans vomissements ni contracture abdominale. Situation stationnaire pendant 4 jours, puis apparition des vomissements et de la contracture limitée à la fosse iliaque droite, immédiatement au dessus de l'arcade crurale. Laparotomie au 10<sup>e</sup> jour des suites de couches. Pus dans la profondeur de la fosse iliaque droite sous le cœcum. Trompe droite turgescente et présentant une solution de continuité. Ablation de celle-ci Mickulicz. La femme meurt

quelques jours plus tard dans un syndrome ataxo-adynamique.

OBS. 635. — Tuberculose pulmonaire depuis 2 ans environ, porteuse d'un pneumothorax artificiel bilatéral. Avortement de 4 mois. Après l'expulsion du fœtus, la femme reste dans un état de fatigue extrême. Au pratique un curetage pour non décollement du placenta 5 heures après l'expulsion du fœtus. Mort quelques heures plus tard.

## CHAPITRE II

---

### Rétention de fœtus morts

---

#### 53 Observations.

Dans 19 cas, la cause n'a pu être déterminée (obs. 258, 319, 373, 530, 642, 1263, 1476, 1549, 1566 *bis*, 1685, 1746, 1825, 2017, 2036, 2268, 2699, 2821, 2923, 3114).

Dans 12 cas, on note la syphilis :

3 fois syphilis soupçonnée (obs. 1612 *bis*, 2174, 2527);

9 fois syphilis avec sérologie ayant été ou étant positive (obs. 115, 139, 203 (associée à la tuberculose), 490, 1052, 1573, 2308 (associée au paludisme), 2885, 2926).

Dans 14 cas, on note un trouble des fonctions rénales (obs. 47, 198, 982, 1136, 1159, 1626, 1835, 2202, 2689, 2972, 3022, 3150 (associé à la tuberculose); compliqué d'éclampsie (obs. 374, 2564).

Dans 3 cas, on note la tuberculose pulmonaire (obs. 203 (associée à la syphilis), 1199, 3150 (associée à une albuminurie).

Dans 1 cas, une pleurésie (obs. 2818).

Dans 1 cas, le diabète (obs. 2703).

Dans 1 cas, des vomissements graves apparus au 6<sup>e</sup> mois de la gestation (obs. 1401).

Dans 3 cas, on note une insertion vicieuse du placenta (obs. 129, 982, 2689 (dans ces 2 derniers cas existait aussi une albuminurie).

Dans 1 cas, on note de l'endométrite (obs. 2718).

Dans 1 cas, on note un hydramnios (obs. 2657).

Dans 1 cas, un nœud très serré au niveau du cordon (obs. 890 (cas d'un des jumeaux d'une gestation gémellaire, l'autre jumeau étant né vivant).

Dans 1 cas, un double circulaire du cordon (obs. 1835 (cas dans lequel existait une albuminurie légère).

Dans ces 53 ans, il y a :

6 observations de fœtus macérés expulsés avant 6 mois (obs. 47, 374, 642, 1612 bis, 1685, 2699);

4 observations de rétention récente (dans ces cas, les femmes sont entrées dans le service étant en travail et les bruits du cœur fœtal n'ont pas été perçus; il est possible que ces fœtus soient morts au début du travail (obs. 2017, 2268, 2923, 2926);

4 observations de grossesses gémellaires :

2 bichoriales (obs. 890, 1626 (1 seul fœtus macéré, l'autre étant né vivant);

2 unichoriales biamnotiques (obs. 139 (les 2 fœtus étant macérés), 1685 (les 2 fœtus étant momifiés).

*Interventions.*

Dans 1 cas (obs. 129), on fit une version par manœuvres internes suivie d'extraction du siège pour présentation de l'épaule.

Dans 1 cas (obs. 530), on fit une application de forceps pour élévation thermique.

Dans 1 cas (obs. 198), on fit une basiotripsie pour infection ovulaire avec physométrie (voir basiotripsies).

Dans 1 cas (obs. 1626) (cas d'une grossesse gémellaire), on fit sur le premier fœtus macéré expulsé en présentation du siège une embryotomie cervicale (voir embryotomie).

Dans 2 cas (obs. 115, 203), on fit une délivrance artificielle pour non décollement du placenta avec ou sans hémorragie.

Dans 2 cas, on fit une évacuation instrumentale de l'utérus :

1 fois pour élévation thermique (obs. 373);

1 fois pour absence des contractions utérines, les membranes étant rompues (obs. 642).

Mortalité maternelle : 0.



## CHAPITRE III

---

### Accouchements

---

#### PRÉSENTATIONS (en général)

y compris les présentations des jumeaux

|              |      |
|--------------|------|
| Sommet ..... | 3034 |
| Face .....   | 4    |
| Front .....  | 2    |
| Epaule ..... | 17   |
| Siège .....  | 147  |

#### a) *Présentation du sommet.*

3034 Observations.

#### b) *Présentation de la face.*

4 Observations.

OBS. 353. — 31 ans. 3 accouchements antérieurs normaux. Quatrième gestation à terme. Bassin normal. Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.900 gr. Vivant.

OBS. 554. — Primipare, 21 ans. Syphilitique. Bassin normal. Accouchement prématuré à 8 mois environ d'un enfant pesant 1.550 gr. en état de mort apparente, ranimé et sorti vivant de la clinique.

OBS. 1814. — Femme de 24 ans. 1 accouchement antérieur normal. Deuxième gestation actuelle à terme. Bassin normal. Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.450 gr. Vivant.

OBS. 3106. — Femme de 32 ans. 1 accouchement antérieur normal. Deuxième gestation actuelle. Bassin normal. Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.300 gr. Vivant.

En résumé :

1 primipare;

3 multipares;

4 accouchements spontanés;

4 enfants vivants, dont 1 prématuré.

Mortalité maternelle : 0.

### c) *Présentation du front.*

#### 2 Observations.

OBS. 325. — Multipare de 38 ans. 4 grossesses antérieures normales. Travail relativement long. Accouchement spontané d'un enfant pesant 2.950 gr. Vivant.

OBS. 2494. — Multipare de 42 ans. 10 grossesses antérieures normales. 8 enfants vivants. Onzième gestation actuelle à terme. La femme entre dans le service 24 heures après la rupture des membranes, 15 heures après le début du travail,

ayant reçu quelques heures auparavant 3 injections sous-cutanées d'hypophyse (dose?). En outre une application de forceps a été tentée sous anesthésie générale. Bon état général température à 37°4. Contractions utérines espacées et peu énergiques. Présentation céphalique au dessus du D. S. B. d. c. bons. Dilatation grande paume. Œdème du col. Présentation du front en N. I. G. T. Indication de césarienne suivie d'hystérectomie. Enfant vivant pesant 4.250 gr. Bonnes suites opératoires, sortie au 24<sup>e</sup> jour des s. d. c.

A signaler l'Obs. 2507. — Multipare de 27 ans. Septième gestation actuelle. Présentation du front mobile au dessus du D. S. au début du travail. Flexion observée au cours du travail. Accouchement spontané par le sommet. Enfant pesant 3.420 gr. Vivant.

#### d) *Présentation de l'épaule.*

##### 17 Observations.

Obs. 70. — Multipare de 29 ans. Troisième gestation actuelle. Accouchement gémellaire au terme de 8 mois environ. 1<sup>er</sup> enfant en présentation céphalique, pesant 2.400 gr. Vivant. 2<sup>e</sup> enfant en présentation transversale constatée aussitôt après l'accouchement du 1<sup>er</sup> jumeau. Version par manœuvres internes et extraction. Enfant pesant 1.750 gr. Vivant.

OBS. 129. — Secondipare de 29 ans. Femme ayant présenté 5 jours avant son accouchement un syndrome de placenta inséré bas. Disparition des b. d. c. et persistance de l'hémorragie dans les jours qui suivent. Accouchement prématuré au terme de 7 mois environ. Pas d'hémorragie au cours du travail. Présentation transversale diagnostiquée à dilatation entre petite et grande paume. Version par manœuvres internes. Suivie, la dilatation s'étant complétée, d'extraction du siège. Enfant macéré pesant 1.330 gr. Placenta ayant un petit côté de 2 cm. Bonnes suites de couches.

OBS. 172. — Secondipare de 23 ans. Accouchement au terme de 8 mois  $1/2$ . Entre dans le service, 41 heures après la rupture des membranes, quelques heures après le début du travail. Présentation transversale. Enfant mort (vraisemblablement au cours du travail). Dilatation petite paume. Procidence du cordon. Température  $38^{\circ}3$ . Relâchement utérin entre les contractions. Embryotomie cervicale. Enfant pesant 2.500 gr. S. d. c. normales.

OBS. 240. — Multipare de 36 ans. Accouchement prématuré au terme de 8 mois  $1/2$  environ. Deux gestations antérieures normales. Syndrome de placenta inséré bas à la fin de la gestation et au début du travail. Diagnostic de présentation transversale irréductible par manœuvres externes fait à dilatation 2 francs. Membranes intactes. B. d. c. bons. A dilatation complète survenue environ 9 heures plus tard, rupture artificielle de la poche des eaux et version par manœuvres

internes suivie d'extraction de siège. Enfant vivant pesant 2.520 gr. Insertion basse du placenta. S. d. c. normales.

OBS. 751. — Secondipare de 31 ans à terme (une gestation antérieure normale). Diagnostic de présentation transversale fait à dilatation petite paume, membranes intactes, quelques heures après l'entrée en travail. Essais infructueux de version par manœuvres externes. B. d. c. bons. Version par manœuvres internes à dilatation complète après rupture de la poche des eaux. Extraction du siège. Enfant pesant 2.550 gr. vivant.

OBS. 1093. — Secondipare de 29 ans (une gestation antérieure normale). Accouchement prématuré de 7 mois environ. Diagnostic de présentation transversale fait à dilatation petite paume, membranes rompues spontanément depuis 1 heure. Procidence du cordon présentant des battements réguliers. Version par manœuvres internes, peu après, à dilatation presque complète (le volume de l'utérus étant peu important et les b. d. c. bons). Extraction du siège. Légère difficulté d'extraction de la tête dernière (col appliqué étroitement sur le pourtour du pôle céphalique). Enfant 2.600. Ranimé, sorti vivant de la clinique.

OBS. 1140. — Secondipare de 28 ans (une gestation antérieure normale) à terme. Entre dans le service à dilatation complète ayant perdu les eaux précocement depuis 8 heures. Présentation transversale. Procidence du cordon qui ne bat

pas. Rétraction de l'utérus sur le fœtus (enfant vraisemblablement mort au cours du travail). Embryotomie cervicale. Enfant pesant 2.400 gr. S. d. c. normales.

OBS. 1194. — IV pare de 30 ans, à terme, 2 grossesses antérieures normales (la 1<sup>re</sup> et la 3<sup>e</sup>) 1 grossesse ectopique (la 2<sup>e</sup>) opérée. Rupture prématurée des membranes. Entre peu après dans le service. Présentation transversale. Enfant vivant. 1<sup>re</sup> tentative de verticalisation par manœuvres externes pour amener la tête au D. S. infructueuse. 2<sup>e</sup> tentative en sens inverse réussie. Présentation du siège confirmée par la radio. B. d. c. bons. Dans les heures qui suivent la femme entre en travail. Accouchement 3 heures plus tard d'un enfant en présentation du siège complet pesant 2.850 gr. vivant.

OBS. 1288. — III pare de 23 ans (1 enfant prématuré, 1 enfant à terme aux 2 précédentes grossesses). Accouchement gémellaire au terme de 8 mois. 1<sup>er</sup> jumeau. Accouchement spontané en présentation céphalique. Enfant pesant 2.000 gr. vivant. 2<sup>e</sup> jumeau en présentation transversale irréductible par manœuvres externes. Version par manœuvres internes suivie d'extraction. Enfant pesant 1.850 gr. vivant. S. d. c. normales. Enfants sortis vivants mais en mauvais état.

OBS. 1600. — Femme de 28 ans, 1 avortement de 3 mois il y a 5 ans. Il y a 2 ans, césarienne basse au terme de

8 mois pour présentation transversale dans un utérus bicorne associée à une procidence du cordon. Enfant 2.730. Ranimé. Décédé à 15 mois. Grossesse actuelle. Présentation transversale irréductible, confirmée par la radio au cours de la gestation. Indication d'une césarienne basse itérative au début du travail. Rupture prématurée des membranes. Césarienne basse immédiate. Enfant pesant 2.800 gr. vivant. Bonnes suites opératoires.

Obs. 1769. — Femme de 31 ans. Six gestations antérieures dont la cinquième est une gestation gémellaire. Normales. Accouchement gémellaire à terme. 1<sup>er</sup> enfant en présentation du siège décomplété. Accouchement spontané. Enfant 2.550 gr. vivant. 2<sup>e</sup> enfant en présentation transversale irréductible. Version par manœuvres internes suivie d'extraction du siège. Enfant pesant 3.520 gr. vivant.

Obs. 2160. — Primipare de 21 ans à terme. Accouchement gémellaire. 1<sup>er</sup> fœtus. Forceps en O.I.D.A. pour non progression de la tête. Enfant vivant pesant 3.610 gr. 2<sup>e</sup> fœtus. Présentation transversale. Version par manœuvres internes suivie d'extraction du siège. Enfant vivant pesant 2.830 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta.

Obs. 2429. — Multipare de 23 ans. Syphilitique. 3 accouchements antérieurs d'enfants morts-nés. Quatrième gestation actuelle, à terme. Diagnostic de présentation trans-

versale fait à dilatation 5 francs quelques heures après le début du travail, les membranes s'étant rompues précocement. B. d. c. bons. Dilatation pratiquement complète 1 heure plus tard. Version par manœuvres internes. Extraction facile d'un enfant pesant 3.150 gr. Né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé.

OBS. 2503. — Femme de 36 ans, à terme (trois gestations antérieures dont 1 avortement). Tête mobile au dessus du D. S. Rupture artificielle des membranes à dilatation grande paume, après laquelle on constate que le fœtus s'est mis en présentation transversale. La dilatation étant pratiquement complète, on fait une version par manœuvres internes suivie d'extraction du siège. Enfant pesant 3.225 gr. Vivant. Délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta.

OBS. 2796. — Femme de 34 ans. Troisième gestation actuelle. Syndrome de placenta inséré bas apparu à la fin du 8<sup>e</sup> mois de la gestation. Entre dans le service ayant présenté 10 jours et 3 jours auparavant une hémorragie de sang rouge avec quelques caillots, sans douleurs. On constate que le fœtus est en position transversale. B. d. c. bons. Col non effacé. Etat général de la femme médiocre. Le soir de son entrée, l'hémorragie ayant repris assez abondante (pouls à 140, température à 37°9), on décide, en raison de la dystocie complète (présentation transversale irréductible du fœtus associée à l'insertion basse), une césa-

rienne suivie d'hystérectomie subtotale. Enfant pesant 1.900 gr. ranimé. Femme et enfant sortis en bon état de la clinique. L'examen de la pièce opératoire a montré qu'il s'agissait d'une insertion basse, variété marginale.

OBS. 2968. — Femme de 35 ans (2 accouchements antérieurs normaux). Troisième gestation actuelle. Entre dans le service au terme de 8 mois  $1/2$ , peu après le début du travail. Diagnostic de présentation transversale fait à dilatation 5 fr. Membranes intactes. B. d. c. bons. Verticalisation du fœtus après laquelle on constate une tête en bas, mobile au-dessus du D. S. B. d. c. restent bons. 34 heures environ après le début du travail. Dilatation complète. Tête toujours mobile. Membranes intactes. Rupture artificielle de la poche des eaux : la tête se fixe fortement au D. S. Accouchement spontané 1 heure  $1/2$  plus tard d'un enfant pesant 3.200 gr. vivant.

OBS. 2989. — III pare de 27 ans, à terme. Accouchement gémellaire. 1<sup>er</sup> fœtus en présentation céphalique. Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.470 gr. vivant. 2<sup>e</sup> fœtus en présentation transversale. Version par manœuvres internes suivie d'extraction du siège. Enfant pesant 2.240 gr. vivant.

En résumé :

17 observations, dont 5 concernant un 2<sup>e</sup> jumeau (obs. 70, 1288, 1769, 2160, 2989).

La présentation transversale coexistait :

1° Dans un cas avec une malformation utérine (obs. 1600);

2° Dans 3 cas, avec une insertion basse du placenta (obs. 129, 240, 2796).

Résultats :

1 enfant mort au cours de la gestation (obs. 129);

3 enfants morts au cours du travail (obs. 172, 1140, 2429, né en état de mort apparente, n'ayant pu être ranimé);

13 enfants vivants, dont :

2 extraits par césarienne (obs. 1600, 27966);

9 extraits par version par manœuvres internes (obs. 70, 240, 751, 1093, 1288, 1769, 2160, 2503, 2989);

2 verticalisés par version par manœuvres externes et accouchés spontanément (obs. 1194, 2968).

Mortalité maternelle : 0.

#### e) *Présentation du siège.*

143 Observations

dont 20 concernant une grossesse gémellaire  
(16, l'un des 2 jumeaux; 4, les 2 jumeaux)

Au total, 147 présentations du siège :

81 sièges décomplétés;

55 sièges complets;

11 fois, la variété n'est pas précisée sur l'observation.

79 observations concernent des primipares.

Dans 81 cas, la cause de la présentation ne peut être établie (obs. 65, 80, 102, 138, 176, 186, 188, 284, 404, 414, 418, 434, 444, 476, 538, 577, 603, 638, 651, 672, 676, 696, 711, 721, 739, 836, 857, 875, 942, 1005, 1049, 1065, 1067, 1082, 1137, 1193, 1472, 1492, 1565, 1580, 1609, 1712, 1722, 1746, 1755, 1776, 1864, 2157, 2170, 2204, 2235, 2253, 2270, 2340, 2388, 2391, 2414, 2427, 2436, 2474, 2482, 2532, 2580, 2584, 2607, 2609, 2630, 2631, 2637, 2640, 2659, 2679, 2734, 2741, 2757, 2788, 3008, 3026, 3093, 3095, 3159).

Dans les autres cas, nous trouvons :

28 fois un accouchement prématuré (obs. 85, 101, 207, 283, 336, 351, 356, 391, 483, 652 (cas dans lequel existait aussi un hydramnios), 703 (cas dans lequel existait aussi une insertion basse), 813, 866, 1424, 1507, 1582, 1646, 1813, 1876 *bis*, 1922, 2073 (cas dans lequel existaient aussi une viciation pelvienne et une insertion basse du placenta), 2138, 2325, 2556, 2670, 2740, 2798, 2858).

20 fois une grossesse gémellaire (obs. 106, 683, 892,

1442, 1572, 1626, 1769, 1939, 2132 (les 2 jumeaux en présentation du siège), 2288, 2525, 2598, 2754 (les 2 jumeaux), 2886, 2916 (les 2 jumeaux), 2953, 2954 (les 2 jumeaux), 2957, 3023, 3084).

10 fois une viciation pelvienne (obs. 192, 244, 1303 (cas dans lequel existait aussi une malformation utérine), 1661, 2073 (cas dans lequel l'enfant était un prématuré), 2113, 2666, 2727 (cas dans lequel existait aussi une malformation utérine), 2742, 2758).

3 fois une insertion basse du placenta (obs. 703 (cas dans lequel l'enfant était aussi un prématuré), 2073 (cas dans lequel l'enfant était prématuré et où il existait une viciation pelvienne), 2689).

4 fois une malformation utérine (obs. 88, 1303 (cas dans lequel existait aussi une viciation pelvienne), 2499, 2727 (cas dans lequel existait une viciation pelvienne)).

2 fois un fibrome (obs. 569, 3120).

1 fois un hydramnios (obs. 652, cas dans lequel l'enfant était prématuré).

Dans 1 cas, on a mis dans le vagin un ballon de Champetier de Ribes, pour faciliter la dilatation vaginale pré-fœtale (obs. 1065). Enfant né en état de mort apparente, n'ayant pu être ranimé.

Dans 119 cas, l'expulsion a été spontanée, manœuvre de Mauriceau-Pinard sur tête dernière.

Dans les 28 autres cas, on eût à intervenir :

3 fois, on fit une manœuvre de Champetier de Ribes,

pour dystocie de la tête dernière (obs. 1661, 2204, 2508).

Résultats : 3 enfants morts à la naissance, ou nés en état de mort apparente n'ayant pu être ranimés.

15 fois, on fit une extraction du siège :

4 fois pour lenteur d'expulsion (obs. 577, 2482, 2754). (Double extraction dans un cas de grossesse gémellaire).

Résultat : 1 enfant né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé;; 3 enfants vivants à la naissance;

4 fois pour signes de souffrance fœtale (obs. 836 (hyperthermie chez la mère), 2270, 2414, 2640).

Résultats : 3 enfants vivants; 1 enfant né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé;

2 fois pour hyperthermie chez la mère (obs. 476, 2609).

Résultats : 1 enfant vivant; 1 enfant mort à la naissance;

5 fois pour procidence du cordon (obs. 418, 434, 1049, 1492, 2598). (1<sup>er</sup> jumeau dans un cas de gestation gémellaire.)

Résultats : 4 enfants vivants; 1 enfant né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé.

1 fois, on fit dans un cas d'accouchement prématuré une incision de la lèvre antérieure du col pour arrêt de la tête dernière à dilatation petite paume (obs. 2858, enfant né vivant).

1 fois, on fit dans un cas de grossesse gémellaire une embryotomie cervicale sur le premier fœtus macéré, dont la tête dernière était arrêtée par la tête du deuxième fœtus vivant. (Voir embryotomie.)

8 fois, on fit une césarienne pour dystocie surajoutée (obs. 569, 711, 721, 1303, 2666, 2742, 2758, 3120).

Résultats : 7 enfants nés vivants; 1 enfant né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé.

Dans 5 cas, on fit une délivrance artificielle :

3 fois pour hémorragie avant la délivrance (obs. 1472, 2556, 2679);

2 fois pour non décollement du placenta (obs. 2754, 2858).

Dans 1 cas, on fit une révision utérine pour hémorragie après la délivrance (obs. 418).

1 fois, il y eut une déchirure complète du périnée, avec déchirure partielle du sphincter (obs. 3026)

Mortalité infantile :

3 enfants morts pendant la gestation (obs. 1626, 1746, 2689);

21 enfants morts au cours du travail (obs. 186, 336, 356, 434, 577, 652, 672, 739, 1065, 1661, 1776, 2132, 2170, 2204, 2414, 2580, 2609, 2659, 2741, 3093, 3120), 98 bis, 106, 139, 1111, 1685, 2121, 2132, 2525, 2822). dont 4 d'un poids inférieur à 2.500 gr.

16 enfants morts pendant leur séjour à la clinique (obs. 106, 138, 244, 476, 483, 1442, 1646, 2132, 2253, 2325, 2742, 2754, 2798, 2858, 2954 : les 2 jumeaux), dont 10 d'un poids inférieur à 2.500 gr.

Mortalité maternelle : 1 cas.

OBS. 138. — Tuberculose ignorée. Accouchée dans le service général. Poussée évolutive bilatérale dans les suites de couches. Méningite tuberculeuse 11 jours après l'accouchement. Mort au 16<sup>e</sup> jour des s. d. c. Enfant à terme pesant 2.760 gr. ayant eu un contact de 5 jours avec sa mère. B. C. G. aux 8<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> jours. Mort à 2 mois.

### *Grossesses gémellaires.*

#### 48 Observations.

1<sup>o</sup> *Gestations unichoriales* : 9 observations (obs. 98 bis, 106, 139, 1111, 1685, 2121, 2132, 2525, 2822)

Parmi lesquelles :

2 avortements gémellaires (obs. 98 bis, gestation unichoriale uniamniotique; 1685, gestation unichoriale

biamniotique, dans ce cas il y avait rétention de 2 fœtus momifiés).

2 cas de rétention : gestations biamniotiques (obs. 139 (les 2 jumeaux), 1685 (déjà mentionnée).

5 cas d'accouchements prématurés : gestations biamniotiques (obs. 106, 1111, 2121, 2132, 2525).

Ayant donné :

3 enfants mort-nés (obs. 1111 (les 2), 2132);

4 enfants décédés durant leur séjour à la clinique (obs. 106, 2132, 2525 (les 2);

3 enfants sortis vivants (obs. 106, 2121 (les 2).

1 cas d'accouchement à terme : gestation biamniotique (obs. 2822). Deux enfants sortis vivants de la clinique.

Dans les observations 106 et 1111, il existait un hydramnios de l'une des poches.

Une seule réaction sérologique positive (obs. 139).

2° *Gestations bichoriales* : 35 observations (obs. 70, 262, 403, 578, 683, 890, 892, 911, 998, 1304, 1347, 1430, 1442, 1452, 1572, 1626, 1769, 1780, 1855, 1939, 2160, 2254, 2288, 2459, 2551, 2700, 2754, 2886, 2916, 2953, 2954, 2957, 2989, 3023, 3084).

Parmi lesquelles :

2 cas de rétention (obs. 890, rétention du 2° jumeau, l'autre à terme étant né vivant; 1626, rétention du 1<sup>er</sup> jumeau, l'autre prématuré étant né vivant).

16 cas d'accouchements prématurés (obs. 70, 262, 403, 683, 1347, 1430, 1442, 1572, 1626, 1780, 1939, 2459, 2953, 2954, 3023, 3084).

Ayant donné :

1 enfant mort-né (obs. 262);

13 enfants décédés durant leur séjour à la clinique (obs. 683 (les 2), 1442, 1572, 1939 (les 2), 2459 (les 2), 2954 (les 2), 3023, 3084 (les 2).

17 enfants sortis vivants.

19 cas d'accouchements à terme (obs. 578, 890, 892, 911, 998, 1304, 1452, 1769, 1855, 2160, 2254, 2288, 2551, 2700, 2754, 2886, 2916, 2957, 2989).

Ayant donné :

1 enfant mort-né (obs. 998);

1 enfant mort durant son séjour à la clinique (obs. 2754).

35 enfants sortis vivants.

Une seule réaction sérologique positive (obs. 1347).

Deux syphilis soupçonnées (obs. 578, 2916).

3° *Gestations gémellaires, dont la variété n'est pas indiquée dans la feuille d'observations* : 4 observations (obs. 1288, 1402, 2598, 2658 bis).

Parmi lesquelles :

2 cas d'accouchements prématurés (obs. 1288, 2 enfants sortis vivants; 2658 bis, 2 enfants décédés durant leur séjour à la clinique).

2 cas d'accouchements à terme (obs. 1402, 1 enfant n'ayant pu être ranimé, 1 enfant décédé durant son séjour à la clinique; 2598, 2 enfants sortis vivants).

Pour l'ensemble des grossesses gémellaires, les présentations donnent (mis à part les 2 cas d'avortements, et 2 observations qu'on ne peut classer faute de renseignements) (obs. 1402 et 2658 bis) :

1<sup>er</sup> jumeau : 32 sommets, 12 sièges;

2<sup>e</sup> jumeau : 27 sommets, 12 sièges, 5 transversales.

Mis à part les 2 cas d'avortement, l'accouchement a été spontané : 77 fois.

Il a été opératoire : 15 fois, soit :

2 forceps sur le 1<sup>er</sup> fœtus (obs. 892, 1442). 2 enfants vivants.

4 versions par manœuvres internes pour position transversale du 2<sup>e</sup> fœtus (obs. 70, 1288, 1769, 2989), 4 enfants vivants;

1 extraction de siège pour procidence du cordon (obs. 2598). Enfant vivant;

3 doubles interventions (obs. 1626, 1 embryotomie cervicale sur le 1<sup>er</sup> fœtus macéré expulsé en présentation du siège, et dont la tête dernière était retenue par la tête du 2<sup>e</sup> fœtus engagée dans l'excavation. Forceps sur le 2<sup>e</sup> fœtus. Enfant vivant (voir embryotomies); obs. 2160, forceps sur le 1<sup>er</sup> fœtus, version par manœuvres internes pour le 2<sup>e</sup>. 2 enfants vivants; obs. 2754, double extraction du siège. 1 enfant vivant, 1 enfant décédé à 1 mois).

1 césarienne (obs. 1402, 1 enfant n'ayant pu être ramené, 1 enfant décédé à 15 jours).

7 fois, on fit une délivrance artificielle, 5 fois pour hémorragie avant la délivrance (obs. 1111, 1430 2160, 2254, 3084).

1 fois pour phénomènes de Shock (obs. 2121).

1 fois pour non décollement du placenta; deux heures après une double extraction du siège (obs. 2754).

Dans 2 cas, on fit une transfusion sanguine pour phénomènes de Shock (obs. 998, 2121).

Mortalité maternelle ; 2 cas (obs. 998, 1402).

OBS. 98. — Multipare de 32 ans, à terme. Gestation bien supportée. Hémorragie continue au cours du travail. Durée du travail : 7 heures environ. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète, tête profondément engagée. Accouchement spontané peu après d'un enfant mort-né pesant 2.700 gr. Délivrance immédiate (insertion basse du placenta 30×0). Accouchement 1/2 heure plus tard d'un œuf complet, enfant vivant pesant 2.460 gr. et hémorragie assez abondante (non pesée). Dans les heures qui suivent, femme très shockée. 2 transfusions sanguines de 450 gr. à 3 heures d'intervalle. Décès 8 heures après l'accouchement.

OBS. 1402. — Femme de 38 ans, obèse (117 kilos avant la gestation actuelle). 2 gestations antérieures, dont 1 gémellaire : 3 enfants nés vivants. Constitution de l'obésité

après la 2<sup>e</sup> gestation. Troisième gestation actuelle. Rupture prématurée des membranes 2 heures avant le début du travail. La dilatation progresse lentement, la tête ne descend pas franchement dans l'excavation. Intervention à dilatation grande paume après 24 heures de travail pour signes de fatigue générale et infection ovulaire. Césarienne suivie d'hystérectomie. Extraction de 2 enfants : le 1<sup>er</sup> 3.100 ranimé, le 2<sup>e</sup> 3.100 n'ayant pu être ranimé. La femme meurt au cours de l'hystérectomie. Le 1<sup>er</sup> jumeau meurt à 15 jours.

## CHAPITRE IV

---

### Complications de la Gestation

---

#### 1° UTÉRUS.

##### a) *Malformations utérines.*

#### 13 Observations

dont 5 concernant des primipares, 8 des multipares.

#### 1° *Utérus bicornes* (12 observations) :

Obs. 88. — Utérus cordiforme. III pare de 24 ans, à terme. 1 accouchement par le siège décomplété il y a 3 ans. 1 avortement au terme de 2 mois  $1/2$  il y a 2 ans. Gestation actuelle. Accouchement normal par le siège décomplété d'un enfant pesant 2.900 gr. vivant.

Obs. 393. — Primipare de 25 ans. Accouchement normal par le sommet au terme de 8 mois d'un enfant pesant 2.320 gr. vivant. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta 2 h. 30 après l'accouchement. A l'occasion de cette délivrance on constate l'existence d'une cloison utérine médiane et sagittale descendant dans l'utérus rétracté jusqu'au niveau du segment inférieur.

OBS. 1022. — Primipare de 33 ans, à terme. Utérus cor-diforme à corne gauche plus développée et plus saillante que la droite. Fœtus en situation oblique. Existence d'un noyau fibromateux intra-mural au-dessus et à gauche de la symphyse. Accouchement normal d'enfant pesant 2.300 gr. vivant. Délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta. A l'occasion de celle-ci on constate l'existence d'un éperon médian plus saillant en arrière qu'en avant. Le placenta se trouve dans la partie gauche de l'utérus.

OBS. 1080. — Primipare de 20 ans, à terme. Utérus bicorne avec sillon paramédian sagittal, à corne gauche plus développée que la droite et ayant au moment des contractions une consistance moins ferme que celle-ci. Accouchement normal d'un enfant pesant 3.600 gr. vivant.

OBS. 1303. — Primipare de 19 ans, au terme de 7 mois environ (d'après les règles qui sont irrégulières). Utérus irrégulièrement développé. Corne droite plus saillante que la gauche. Utérus cylindrique. Bassin aplati avec un promontoire atteint à 10 <sup>m</sup> 3. Présentation du siège décom-plété. Césarienne basse à dilatation petite paume, membranes intactes. Enfant 2.710. BiP : 9,2 vivant. Femmé sortie au 19<sup>e</sup> jour des suites de couches.

OBS. 1400. — Femme de 34 ans. 1 avortement antérieur (syphilis soupçonnée et traitée). Utérus bicorne. Forceps en O.P. pour signes de souffrance foétale. Enfant pesant 3.200 gr. vivant. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta, à l'occasion de laquelle on constate que l'utérus est nettement bicorne avec 2 cornes profondes.

OBS. 1600. — Femme de 28 ans. 1 avortement il y a 5 ans. Deuxième gestation il y a 2 ans : présentation transversale dans un utérus bicorne associée à une procidence du cordon. Césarienne basse au terme de 8 mois, à l'occasion de laquelle on constate l'existence d'un éperon au niveau du fond utérin. Enfant : 2.730 gr. né vivant, décédé à 15 mois. Gestation actuelle, à terme. Suivie régulièrement. Présentation transversale irréductible. Indication d'une césarienne basse au début du travail. Enfant pesant 2.800 gr. vivant. Suites opératoires bonnes. Sortie au 25<sup>e</sup> jour des s. d. c.

OBS. 2127. — III pare de 34 ans. Première gestation il y a 6 ans : accouchement normal à terme d'un enfant de 2.900 gr. Deuxième gestation il y a 1 an : césarienne à terme pour présentation transversale irréductible dans un utérus bicorne et insertion basse du placenta. Gestation actuelle : fœtus en position oblique. Tête dans la fosse iliaque gauche facilement ramenée au-dessus du D. S. Mais reprenant immédiatement sa position primitive. Bassin aplati p. s. p. = 10,7. Verticalisation du fœtus. Césarienne basse itérative 3 heures 1/2 après le début du travail, à dilatation 5 fr. membranes intactes, pour bon engagement de la tête et procubitus du cordon. Enfant vivant pesant 3.380 gr. Bonnes suites opératoires. Sortie au 33<sup>e</sup> jour.

OBS. 2162. — Primipare de 26 ans, à terme. Utérus cordiforme avec sillon médian très profond. Femme en observation dans le service 1 mois avant son accouchement.

Fœtus en position oblique. Verticalisé. Rupture prématurée des membranes. Césarienne basse à dilatation 5 fr., la tête restant mobile au-dessus du D. S. A l'occasion de l'intervention on constate que l'utérus est divisé en 2 cavités par un éperon sagittal se rapprochant de la région sus-cervicale. Dans la cavité gauche se trouve le placenta, dans la cavité droite le fœtus. Enfant pesant 3.270 gr. vivant.

OBS. 2379. — III pare de 26 ans. Utérus cordiforme. Première gestation il y a 7 ans : embryotomie pour présentation de l'épaule. Avortement il y a 1 an. Gestation actuelle. Malformation utérine associée à un aplatissement du bassin p. s. p. = 10,4. Accouchement spontané enfant vivant 3.150 gr.

OBS. 2515. — III pare de 38 ans. Utérus cordiforme. Première gestation il y a 8 ans : accouchement au terme de 8 mois d'un enfant en présentation du siège, vivant. Deuxième gestation il y a 6 ans : césarienne basse au début du travail pour présentation de la face et bassin généralement rétréci p. s. p. = 10,2. Enfant vivant. Troisième gestation actuelle, à terme : césarienne basse itérative au début du travail. Enfant vivant : 3.430 gr. Suites opératoires : au cours de la 3<sup>e</sup> semaine, épisode fébrile avec ascension du pouls et quelques crachats hémoptoïques. Sortie en bon état au 48<sup>e</sup> jour.

OBS. 2727. — II pare de 35 ans. Corne utérine droite très développée. Première gestation il y a 1 an : accouche-

ment d'un macéré. Deuxième gestation actuelle, à terme, suivie régulièrement. Fœtus en présentation du siège irréductible. Bassin généralement rétréci p. s. p. = 10,7. Accouchement normal en présentation du siège complet. Enfant : 2.900 gr. vivant. Hémorragie après la délivrance naturelle complète.

2° *Utérus double* (1 observation) :

Obs. 2499. — III pare de 37 ans. Utérus didelphe (utérus double, le vagin a été constaté double lors de la première gestation). Première gestation il y a 4 ans. Gestation dans l'utérus gauche. Présentation du sommet. Accouchement normal d'un enfant vivant de 2.650 gr. après section de la cloison vaginale sagittale. Deuxième gestation : avortement de 3 mois. Troisième gestation actuelle : dans l'utérus droit. Accouchement à terme d'un enfant en présentation du siège décomplété. Enfant vivant pesant 2.610 gr.

En résumé :

4 présentations du siège;  
1 présentation transversale;  
1 application de forceps;  
5 opérations césariennes;  
3 délivrances artificielles;  
13 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 0.

b) *Fibromes de l'utérus gravide.*

12 Observations.

OBS. 293. — Troisième gestation actuelle, 24 ans. 1 avortement de 2 mois 1/2. 1 accouchement prématuré de 7 mois 1/2. Gestation actuelle : avortement au terme de 3 mois 1/2. Fibrome de la corne utérine gauche du volume d'une mandarine.

OBS. 385. — Deuxième gestation actuelle, 31 ans. 1 avortement de 2 mois 1/2. Fibrome du fond de l'utérus du volume d'un œuf. Accouchement à terme enfant vivant pesant 3.050 gr., extrait par forceps. Délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta.

OBS. 569. — Femme de 34 ans. Syphilitique. 1 avortement antérieur il y a 11 ans. Présente au niveau de l'utérus gravide 3 masses fibromateuses, 2 qu'on individualise sur le corps utérin par le palper, 1 *prævia* qu'on reconnaît au toucher vaginal. Fœtus en présentation du siège. On intervient à terme, au début du travail. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie supra-vaginale. Conservation de l'ovaire gauche. Enfant vivant pesant 2.960 gr. Bonnes suites opératoires.

OBS. 856. — Femme de 37 ans. Première gestation il y a 19 ans : enfant bien portant. Deuxième gestation il y a 4 ans : accouchement prématuré au terme de 6 mois 1/2,

attribué à des fibromes utérins. Myomectomie après cet accouchement portant sur 5 fibromes, dont 1 isthmique. Troisième gestation actuelle. Dans le courant de celle-ci, métrorragies et douleurs du bas-ventre. Il existe sur le corps utérin quelques nodosités fibromateuses, sur le col un polype muqueux. Accouchement normal à terme d'un enfant vivant pesant 3.960 gr.

OBS. 970. — Multipare de 39 ans (2 accouchements à terme, 1 accouchement à 8 mois). Grossesse actuelle : avortement au terme de 5 mois environ. Un petit fibrome du corps utérin a été constaté dans les suites de couches.

OBS. 1022. — Primipare de 33 ans. Noyau fibromateux sur la partie inférieure du corps utérin. Utérus cordiforme. Accouchement normal à terme d'un enfant pesant 2.300 gr. vivant. Délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta.

OBS. 1211. — Femme de 33 ans. 1 avortement il y a 3 ans. Gestation actuelle. Au cours du 5<sup>e</sup> mois, poussée douloureuse au niveau d'un fibrome utérin sessile de la grosseur d'une noix. Femme suivie jusqu'à la fin de sa gestation : augmentation progressive non douloureuse du fibrome qui atteint le volume d'une mandarine. Accouchement normal à terme d'un enfant pesant 2.730 gr. vivant.

OBS. 1559. — Femme de 35 ans. Deuxième gestation actuelle. Troubles urinaires causés par un fibrome. Myomectomie. Avortement de 2 mois 1/2 environ.

OBS. 1579. — Femme de 43 ans (2 accouchements antérieurs normaux, 1 avortement). Quatrième gestation actuelle. Fibrome de la paroi latérale gauche de l'utérus. Accouchement normal à terme enfant 3.050 gr. vivant.

OBS. 1757. — Multipare de 39 ans (3 accouchements normaux). Quatrième gestation actuelle. Volumineux fibrome de la paroi antérieure du corps utérin, ramolli et de consistance kystique. Césarienne corporiale à terme suivie d'hystérectomie supra-vaginale à dilatation 5 fr., membranes intactes, tête très élevée. Enfant vivant pesant 3.980 gr. Suites opératoires : sulfébriles jusqu'au 18<sup>e</sup> jour. Femme sortie au 45<sup>e</sup> jour en bon état.

OBS. 2799. — Primipare de 33 ans. Dans les premiers mois, on reconnaît l'existence d'un fibrome du petit bassin (de la grosseur d'une tête fœtale de 6 mois) coexistant avec un petit fibrome du corps utérin. Au début du 9<sup>e</sup> mois le fibrome pelvien n'est plus praevia. Accouchement normal au terme de 8 mois 1/2 environ enfant vivant pesant 2.800 gr.

OBS. 3120. — Primiparè de 30 ans, suivie au cours de la gestation pour une masse de consistance kystique occupant presque tout le petit bassin. Fœtus en présentation du siège. Intervention à terme au début du travail à dilatation 2 fr. Membranes intactes, présentation très élevée. Césarienne corporéale suivie de l'ablation d'un fibrome

pédiculé du fond utérin descendu dans le petit bassin et y adhérent. On note également la présence d'un autre fibrome sessile du corps utérin. Ablation du fibrome pelvien par myomectomie. Enfant pesant 3.280 gr., né en état de mort apparente, mais n'ayant pu être ranimé. Bonnes suites opératoires.

En résumé, 12 observations, dont :

6 primipares de 30 à 35 ans;

1 multipare de 24 ans;

5 multipares de 35 à 43 ans.

Parmi lesquelles :

3 avortements (obs. 293, 970 (dont 1 après myomectomie), 1559).

8 accouchements à terme.

1 accouchement à 8 mois 1/2 (obs. 2799).

5 accouchements normaux, dont 1 cas de fibrome *prævia* ascensionné au début du 9<sup>e</sup> mois (obs. 2799).

1 forceps (obs. 385). Enfant vivant.

3 interventions par voie haute :

1 césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome *prævia* (obs. 569);

1 césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome de la paroi antérieure de l'utérus (obs. 1757);

1 césarienne suivie de myomectomie pour fibrome *prævia* (obs. 3120).

Résultats : 2 enfants vivants; 1 enfant n'ayant pu être ranimé (obs. 3120).

Au total : 8 enfants vivants.

2 fois, on fit une délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta (obs. 385, 1022).

Mortalité maternelle : 0.

2° ŒUF.

a) *Hydramnios*.

1° *Hydramnios chronique* :

31 Observations.

Dans 19 cas, la cause de l'hydramnios ne peut être précisée (obs. 147, 190, 607, 661, 782, 800, 808, 842, 878, 1097, 1109, 1351, 1651, 1992, 2056, 2657, 2934, 3080, 3166).

Dans 7 cas, on note la syphilis :

Syphilis héréditaire (obs. 410);

Syphilis ancienne ou de date indéterminée (obs. 202, 663, 1072);

Syphilis ignorée avec antécédents obstétricaux (obs. 1822, 1987, 2635).

Dans 2 cas, on note une gestation gémellaire unichoriale (obs. 106, 1111).

Dans 3 cas, on note une malformation fœtale (obs. 276, 652, 2889).

4 fois, l'hydramnios s'est accompagné de signes fonctionnels (obs. 276, 663, 1072, 3080).

Dans 1 cas, on note une rétention fœtale (obs. 2657).

Dans 7 cas, on note un accouchement prématuré (obs. 106, 276, 652, 1097, 1111, 1987, 2934).

Dans 5 cas, on note une lenteur du travail (obs. 106, 276, 607, 1097, 1111).

4 fois, on termina l'accouchement par une extraction de forceps (obs. 147, 607 (après incisions du col), 842, 1351).

2 fois, on fit une délivrance artificielle pour hémorragie (obs. 1111, 2635).

Mortalité fœtale (non compris les 2 cas d'anencéphalie (obs. 276, 2889) :

1 enfant mort au cours de la gestation (obs. 2657);

4 enfants morts au cours du travail (obs. 652, 1111 (les 2 jumeaux), 1987);

2 enfants morts durant leur séjour à la clinique (obs. 106 (2° jumeau), 663).

Enfants vivants : 24.

Mortalité maternelle : 0.

## 2° *Hydramnios aigu*.

### 1 Observation.

OBS. 718. — Femme de 40 ans. Hecht négatif. 1 gestation antérieure avec excès de liquide et gros œdèmes des membres inférieurs sans albuminurie. Accouchement à 8 mois d'un enfant vivant. Deuxième gestation actuelle. Hydramnios aigu ayant débuté au 7<sup>e</sup> mois et s'accompa-

gnant de signes fonctionnels alarmants. Interruption artificielle de la gestation 1 mois environ après le début des accidents. Dilatation aux bougies de Hégar, puis introduction dans la cavité utérine d'un ballon de 150 c.c. Début du travail 1 heure plus tard. Durée du travail : 4 heures. Accouchement d'un enfant de 2.850 gr. vivant. Délivrance artificielle pour fatigue maternelle et non décollement du placenta plus de 2 heures après l'accouchement. Bonnes suites de couches.

b) *Gros œuf.*

33 Observations.

(Obs. 3, 16, 155, 165, 198, 423, 426, 448, 780, 934, 1038, 1040, 1087, 1141, 1410, 1483, 1596, 1733, 1740, 1796, 1946, 2088, 2219, 2299, 2360, 2387, 2588, 2609, 2638, 2804, 2821, 2934, 3048.)

Dans presque tous les cas, il y avait gros enfant et gros placenta.

Dans 1 cas (obs. 2934), il existait un hydramnios.

Dans 3 cas, l'enfant pesait 5.000 grammes ou plus de 5.000 grammes (obs. 1740, 1946, 2088).

Dans les autres cas, l'enfant pesait plus de 4.500 gr.

Dans 1 cas (obs. 426), on note une syphilis ancienne.

Dans 1 autre cas (obs. 2588), une syphilis ignorée avec accidents obstétricaux.

1 fois on termina l'accouchement par une application de forceps (obs. 2804).

1 fois on fit une extraction du siège sur enfant mort au cours du travail (obs. 2609).

2 fois on fit une basiotripsie.

1 fois sur un fœtus macéré (obs. 198).

1 fois sur un enfant mort au cours du travail (obs. 934).

1 fois on fit une césarienne basse (obs. 1040).

#### **Mortalité infantile :**

2 enfants morts au cours de la gestation (obs. 198, 2821).

2 enfants morts pendant le travail (obs. 934, 2609).

1 enfant mort durant son séjour à la clinique (obs. 426).

Enfants vivants : 28.

**Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 934).**

Femme décédée au 12<sup>e</sup> jour des suites de couches.  
(Voir infection perpuérale.)

#### **c) Môle vésiculaire.**

2 observations d'avortement molaire.

OBS. 105. — Femme de 24 ans. Première gestation actuelle. Evolution normale de la gestation jusqu'au milieu

du 2<sup>e</sup> mois, puis apparition des vomissements et des pertes sanguines. Avortement molaire au 3<sup>e</sup> mois. Légère albuminurie constatée à son entrée dans le service. Urée sanguine : 0 gr. 25. Quelques heures après l'expulsion de la môle on fait un curage digital malgré la disparition de l'écoulement sanguin : celui-ci ramène quelques débris molaire. Suites bonnes.

Obs. 151 bis. — Femme de 27 ans. Syphilitique ancienne non traitée, avec sérologie actuellement positive. 1 avortement de 2 mois 1/2 il y a 4 ans. 1 accouchement prématuré à 7 mois il y a 3 ans : fille vivante. 1 avortement gémellaire il y a un an. Quatrième gestation actuelle. Traitée pour la syphilis au cours de celle-ci. Apparition des pertes sanguines au 2<sup>e</sup> mois. Avortement molaire au début du 4<sup>e</sup> mois. Curage digital pour hémorragie le lendemain de l'expulsion de la môle. Suites bonnes. Sortie au 7<sup>e</sup> jour sur sa demande.

Mortalité maternelle : 0.

d) *Insertion du placenta sur le segment inférieur.*

#### 59 Observations.

Dans un premier groupe, nous rangerons 3 cas dans lesquels l'insertion basse semble avoir provoqué l'avor-

tement (obs. 797, 2524 (dans ces 2 cas, le placenta présentait des lésions d'endométrite), 3145).

Dans un second groupe, nous rangerons 15 cas n'ayant entraîné aucune hémorragie pendant la gestation, le travail ou la délivrance, et dans lesquels le diagnostic d'insertion basse a été fait par la mensuration des membranes (obs. 290, 305, 808, 878, 1046, 1479, 1516, 1608, 1878, 2071, 2073, 2227, 2468, 2689, 3146).

5 fois, l'accouchement a été prématuré.

13 fois, l'accouchement a été normal.

1 fois, l'enfant fut extrait par forceps (obs. 2071, dans laquelle il y avait eu une anomalie de la dilatation; voir ce chapitre).

1 fois, on fit une basiotripsie sur l'enfant mort au cours du travail (voir obs. 1878, Basiotripsie).

14 enfants vivants.

Dans un troisième groupe, nous rangerons 11 cas ayant entraîné une ou plusieurs hémorragies seulement pendant la gestation. Aucune hémorragie au cours du travail (obs. 129, 330, 703, 862, 913, 936, 1645, 2563, 2571, 2689, 2766).

Dans 2 cas, l'hémorragie a entraîné la mort de l'enfant au cours de la gestation (obs. 129, 2689) (cas dans lequel existait aussi une albuminurie importante chez la femme, et un hématome rétro-placentaire au niveau du placenta).

4 fois, l'accouchement a été prématuré.

9 fois, l'accouchement a été normal.

1 fois, on fit une application de forceps chez une femme qui avait été opérée d'appendicite 9 jours plus tôt (obs. 913).

1 fois, on fit une version par manœuvres internes pour présentation transversale du fœtus macéré (obs. 129).

9 enfants vivants à la naissance, parmi lesquels 2 prématurés (obs. 862, 2571) sont morts durant leur séjour à la clinique.

1 fois, il y eut hémorragie après la délivrance, naturelle complète (obs. 913).

Dans un quatrième groupe, nous rangerons 3 cas ayant entraîné plusieurs hémorragies au cours de la gestation, et ayant nécessité une intervention importante sans attendre le travail :

a) Du fait de l'hémorragie elle-même ayant fortement anémié la femme, et de l'infection ovulaire.

OBS. 1723. — Primipare de 37 ans, à terme. Hémorragie assez importante la veille de son entrée dans le service. Les jours suivants, reprise de l'hémorragie coexistant avec quelques douleurs sans modifications du col. Femme très anémiée. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie en raison du degré de l'anémie et de l'infection ovulaire (T : 39°7). Enfant vivant pesant 3.500 gr. Femme sortie en bon état au 20<sup>e</sup> jour des s. d. c. Il s'agissait d'une variété marginale-recouvrante.

b) Du fait de la persistance de l'hémorragie associée à une présentation transversale du fœtus.

OBS. 2796. — (Voir présentation transversale.) Enfant vivant.

c) Du fait de l'infection ovulaire.

OBS. 1649. — Femme de 36 ans. Sixième gestation actuelle. Gestations antérieures normales. Hémorragie de moyenne abondance à 7 mois  $1/2$ . 2<sup>e</sup> hémorragie assez abondante 10 jours plus tard, pour laquelle la femme entre dans le service. Rupture prématurée des membranes 2 jours après cette hémorragie. Césarienne suivie d'hystérectomie supra-vaginale pour infection ovulaire, 45 heures après la rupture prématurée des membranes. Enfant vivant pesant 2.240 gr. Bonnes suites opératoires. On a reconnu à l'intervention qu'il s'agissait d'une variété marginale.

3 enfants vivants.

Dans un cinquième groupe, nous rangerons 20 cas ayant entraîné une hémorragie au cours du travail, et n'ayant nécessité aucune intervention ou ayant nécessité seulement une rupture large des membranes (obs. 318, 455, 681, 706, 831, 884, 967, 982, 998 (gestation gémellaire), 1013, 1095, 1409, 1487, 1751, 2010, 2029, 2454, 2667, 2832, 3220).

Dans quelques cas, il y avait eu déjà hémorragie au

cours de la gestation (obs. 681, 706, 982, 1409, 1487, 2029, 2667).

8 cas ont nécessité une rupture large des membranes (obs. 681, 884, 982, 1095, 1409, 2010, 2667, 2832).

Dans 1 cas, l'hémorragie survenue déjà au cours de la gestation avait entraîné la mort du fœtus (obs. 982).

Dans 4 cas, l'hémorragie survenue au cours du travail avait entraîné la mort du fœtus (obs. 998, cas du 1<sup>er</sup> jumeau correspondant au placenta inséré bas dans une gestation gémellaire bichoriale; 1409, cas dans lequel existait une procidence du cordon; 2882, 3220, ces 2 derniers cas concernant des prématurés).

7 fois, l'accouchement a été prématuré (dont obs. 1013, concernant une éclamptique).

18 fois, l'accouchement a été normal.

11 fois (obs. 2832), on termina l'accouchement par une application de forceps sur enfant mort au cours du travail, étant donné l'état général médiocre de la femme.

15 enfants vivants à la naissance, parmi lesquels 2 prématurés (obs. 1487, 2667) sont morts durant leur séjour à la clinique.

3 fois, il y eut hémorragie avant la délivrance (obs. 884, 2454, 2667, dans ce cas on fit une délivrance artificielle).

2 fois, il y eut hémorragie après la délivrance, naturelle complète (obs. 831, 998).

2 fois, on fit une transfusion sanguine pour Shock

de la femme (obs. 998, femme morte 8 heures après l'accouchement (voir gestations gémellaires); 2832, femme sortie en bon état au 26<sup>e</sup> jour des suites de couches).

Dans un sixième groupe, nous rangerons 3 cas ayant entraîné une hémorragie au cours du travail et ayant nécessité une intervention importante.

Dans ces cas, il y avait déjà eu hémorragie au cours de la gestation.

On eut à intervenir :

1 fois, du fait d'une présentation transversale associée à l'insertion basse (obs. 240), dans laquelle on fit une version par manœuvres internes. Enfant vivant (voir présentations transversales).

2 fois, du fait de la persistance de l'hémorragie, malgré la rupture artificielle ou spontanée des membranes (obs. 1581, 2169).

Dans l'obs. 1581, on fit à dilatation 5 francs, les bruits du cœur fœtal n'étant plus perçus, une version par manœuvres internes suivie de l'abaissement d'un membre inférieur. Arrêt de l'hémorragie. Transfusion sanguine, la femme étant très shockée. Accouchement spontané, douze heures plus tard environ, d'un enfant mort-né.

Dans l'obs. 2169, on fit à dilatation 2 francs, l'abaissement d'un pied, le fœtus étant en présentation du siège. Accouchement peu après d'un fœtus mort-né. Transfusion sanguine, la femme étant shockée.

Dans l'ensemble : 1 enfant vivant; 2 enfants mort-nés.

Dans un septième groupe, nous rangerons 4 cas n'ayant entraîné qu'une hémorragie de la délivrance (obs. 805, 1236, 1305, 2620).

Dans ces cas, l'accouchement avait été normal; il avait été prématuré 1 fois.

4 enfants vivants à la naissance, parmi lesquels 1 prématuré (obs. 2620) est mort durant son séjour à la clinique.

Dans 1 cas (obs. 1305), on fit une délivrance artificielle.

Dans ces 59 observations, d'insertion basse du placenta :

52 fois, il s'agissait d'une insertion latérale.

6 fois, il s'agissait d'une insertion marginale (obs. 1409, 1581, 1649, 2169, 2667, 2796).

1 fois, il s'agissait d'une insertion marginale recouvrante (obs. 1723).

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 998). (Voir gestations gémellaires.)

### 3° ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES.

#### a) *Vomissements graves.*

##### 8 Observations.

Obs. 119. — Primipare de 20 ans. Début des vomissements dès les premiers jours de la grossesse. Entre dans

le service, enceinte de 3 mois. Subictère, poulx à 112. Perte de poids de 10 kilos depuis le début de la grossesse, mais bon aspect général. Sort du service 8 jours plus tard. Recommence à vomir au 5<sup>e</sup> mois. Entre à nouveau dans le service dans le courant du 8<sup>e</sup> mois : bon aspect général, poulx à 120, pas de subictère, pseudo-albumine. Accouchement prématuré au terme de 7 mois 1/2, quelques jours après son entrée. Enfant pesant 1.620 gr., décédé peu après sa naissance. S. d. c. fébriles. Femme sortie en bon état au 26<sup>e</sup> jour des s. d. c.

Obs. 245. — Primipare de 24 ans. Début des vomissements à la fin du 1<sup>er</sup> mois de la grossesse. Entre dans le service enceinte de 4 mois 1/2. Amaigrissement de 11 kilos, poulx à 120, subictère, oligurie, urée : 0 gr. 23. Régime de Leven. La femme quitte le service, ne vomissant plus, 17 jours après son entrée; y revient 5 jours après pour reprise des vomissements. Régime de Leven. Ne vomit plus au bout de quelques jours et rentre chez elle. A continué à vomir une fois par jour. Accouchement à terme d'un enfant pesant 2.600 gr. vivant. S. d. c. fébriles. Sortie en bon état au 20<sup>e</sup> jour des s. d. c.

Obs. 351. — Primipare de 25 ans. Syphilitique. Dès le début de la grossesse a présenté des vomissements à la suite desquels elle a maigri de 14 kilos. A partir du 5<sup>e</sup> mois, les vomissements ont diminué, mais la femme a continué à vomir 2 ou 3 fois par jour jusqu'à son accouchement. Accouchement prématuré au terme de 7 mois 1/2 environ. Enfant pesant 2.620 gr. vivant.

Obs. 1401. — Femme de 28 ans. Première gestation il y a 10 ans : vomissements importants pendant toute la durée de la gestation (la femme aurait maigri de 34 kilos au cours de celle-ci). Accouchement normal à terme. Enfant pesant 3.500 gr. vivant. Deuxième gestation actuelle, bien supportée jusqu'au 6<sup>e</sup> mois. Au cours du 6<sup>e</sup> mois, apparition de vomissements entraînant un amaigrissement important. Entre dans le service enceinte de 7 mois : femme très fatiguée, anurique, pouls à 120. Expulsion le lendemain de son entrée d'un fœtus macéré pesant 1.970 gr. Dans les suites de couches, la femme ne vomit plus. Bonne diurèse, mais pouls aux environs de 100. Sort sur sa demande au 10<sup>e</sup> jour des s. d. c.

Obs. 1736. — Femme de 24 ans. Tuberculeuse. Première gestation il y a 3 ans. Vomissements au cours de celle-ci. Accouchement normal d'un enfant de 2.600 gr. vivant. Deuxième gestation actuelle. Vomissements graves ayant débuté 15 jours après les dernières règles et ayant nécessité un séjour à la clinique au cours du 4<sup>e</sup> mois. Accouchement à terme. Enfant : 2.640 gr. vivant.

Obs. 1802. — Femme de 25 ans. 1 avortement au terme de 3 mois, il y a 4 ans. Vomissements dès le premier mois de la gestation. Entre dans le service vers la fin du 3<sup>e</sup> mois : femme très amaigrie (aurait perdu près de 20 kilos). Pouls à 136. Pas de subictère. Urée : 0,12. Sous l'influence de l'isolement, l'état s'améliore rapidement. Accouchement à terme. Forceps pour non progression de la tête. Enfant de 3.250 gr. vivant. S. d. c. normales.

Obs. 2164. — Femme de 26 ans. Première gestation il y a 5 ans. Vomissements importants au cours de celle-ci. Aucun renseignement au sujet de l'accouchement. Deuxième gestation actuelle. Vomissements importants dès le début de la gestation. Entre dans le service, enceinte de 3 mois environ, ne vomissant plus depuis 3 semaines : femme pâle, agitée, léger subictère, pouls à 120 mal frappé. Anorexie complète. Abolition de quelques réflexes. Pas de signes méningés. Urée du sang : 1 gr. 35. Glycémie : 1 gr. 54. Une formule sanguine témoigne d'une grosse anémie. Interruption de la gestation, le lendemain de son entrée dans le service. Dilatation aux bougies de Hégar. On vide l'utérus avec le doigt et la pince à faux-germe. Femme décédée subitement 3 jours après l'intervention.

Obs. 3035. — Primipare de 17 ans. Apparition des vomissements au début du 2<sup>e</sup> mois de la gestation. Entre dans le service au début du 3<sup>e</sup> mois : état général satisfaisant, bien que la malade dise avoir beaucoup maigri. Pas de subictère, pouls à 120, traces d'albumine dans les urines. Régime de Leven. Amélioration rapide : la femme quitte le service 10 jours après son entrée, ne vomissant plus. Cet état se maintient quelques jours, puis les vomissements reprennent. Entre à nouveau dans le service à la fin du 3<sup>e</sup> mois dans un état de faiblesse très prononcé. Langue sèche. Subictère des conjonctives. Oligurie très marquée. Urée du sang : 1 gr. 63. Pouls à 120. T. A. impossible à prendre. Pas de troubles psychiques. Le surlendemain de son entrée dans le service, son état ne s'étant pas amélioré

malgré la thérapeutique mise en œuvre (sérum salé et glucosé), on décide d'interrompre la gestation. Intervention faite sans anesthésie par curettage utérin suivi d'une révision au doigt. Décès de la femme 8 heures après l'intervention.

En résumé :

- 1 enfant mort pendant la gestation (obs. 1401);
- 2 enfants nés prématurément (obs. 119, 351), dont 1 décédé peu après sa naissance (obs. 119);
- 3 enfants nés à terme (obs. 245, 1736, 1802), dont 1 forceps (obs. 1802). Vivants;
- 2 avortements thérapeutiques (obs. 2164, 3035).

Mortalité maternelle : 2 cas (obs. 2164, 3035).

#### b) *Albuminurie de la gestation.*

##### 216 Observations.

Dans 91 cas, la date d'apparition de l'albuminurie est indéterminée (obs. 7, 34, 95, 106, 132, 143, 161, 168, 198, 216, 259, 374, 382, 401, 440, 557, 594, 787, 800, 856, 887, 911, 934, 951, 961, 976, 984, 993, 998, 1014, 1050, 1075, 1123, 1136, 1153, 1154, 1173, 1233, 1320, 1328, 1385, 1426, 1465, 1506, 1516, 1554, 1626, 1640, 1661, 1730 *bis*, 1789, 1790, 1835, 1853, 1876, 1901, 2008, 2071, 2086, 2121, 2134, 2161, 2188, 2204, 2265, 2353, 2512, 2520, 2559, 2570, 2582, 2629, 2633, 2636, 2667, 2668, 2696, 2736, 2849, 3002, 3022,

3034, 3055, 3067, 3070, 3126, 3159, 3160, 3167, 3181, 3197).

Dans 15 cas, l'albuminurie est apparue dans les premiers mois de la gestation (obs. 121, 442, 874, 1040, 1150, 1250, 1601, 1867, 1873, 2048, 2340, 2446, 2544, 3014, 3024).

Dans 12 cas, l'albuminurie est apparue au cours du 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> mois (obs. 62, 74, 253, 1013, 1650, 1993, 2420, 2549, 2576, 2643, 2879, 2935).

Dans 23 cas, l'albuminurie est apparue au cours du 7<sup>e</sup> mois (obs. 84, 98, 142, 280, 476, 756, 907, 983, 1022, 1065, 1218, 1515, 1526, 1543, 1749, 1868, 1931, 2305, 2463, 2564, 2623, 2994, 3150).

Dans 25 cas, l'albuminurie est apparue au cours du 8<sup>e</sup> mois (obs. 91, 329, 519, 523, 837, 850, 853, 1125, 1139, 1384, 1501, 1571, 1651, 1743, 1880, 1885, 2031, 2394, 2426, 2552, 2712, 2729, 2851, 3080, 3170).

Dans 45 cas, l'albuminurie est apparue au cours du 9<sup>e</sup> mois (obs. 110, 166, 306, 311, 315, 377, 623, 630, 684, 806, 858, 864, 904, 906, 954, 974, 1054, 1102, 1172, 1296, 1305, 1309, 1324, 1377, 1416, 1434, 1444, 1462, 1654, 1665, 1828, 1981, 2160, 2201, 2432, 2475, 2519, 2637, 2681, 2788, 2855, 2919, 3008, 3150, 3152).

Dans 5 cas, l'albuminurie est apparue au cours du travail (obs. 78, 982, 1795, 2131, 2689).

L'albuminurie s'accompagnait :

38 fois, d'œdèmes;

13 fois, de céphalée;

3 fois, de troubles oculaires;  
5 fois, de troubles digestifs;  
28 fois, d'hypertension artérielle.

L'albuminurie s'est compliquée :

8 fois d'éclampsie convulsive (obs. 78, 374, 784 (2),  
887, 984, 1013, 2204, 2564);  
1 fois, d'hématome rétro-placentaire (obs. 2689),  
diagnostic fait à l'examen du placenta.

Parmi ces 217 observations, il y en a 6 concernant  
des grossesses gémellaires (obs. 106, 911, 998, 1626,  
2121, 2160).

Ces 217 cas ont donné :

4 avortements (obs. 259, 374, 784, 1730 bis).  
10 rétentions, dont 1 avortement (obs. 374) (obs.  
198, 982, 1136, 1626 (1<sup>er</sup> jumeau), 1835, 2564, 2689,  
3022, 3150).

Dans l'observation 198, on fit une basiotripsie sur le  
foetus macéré.

43 accouchements prématurés (2 accouchements gé-  
mellaires et 1 accouchement d'un 2<sup>e</sup> jumeau), dont :

40 accouchements spontanés (obs. 106 (les 2 ju-  
meaux), 121, 142, 168, 216, 519, 623, 787, 853, 906,  
951, 1013, 1125, 1139, 1172, 1516, 1626 (2<sup>e</sup> jumeau),  
1640, 1743, 1749, 1795, 1868, 1876, 1993, 2121 (les  
2 jumeaux), 2134, 2188, 2265, 2340, 2353, 2394, 2475,  
2667 (insertion basse du placenta), 2696, 2712, 2736,  
3014, 3034, 3160, 3180);

1 forceps (obs. 2086). Enfant vivant;

**2 césariennes :**

Césarienne post-mortem (obs. 984). **Enfant mort;**

Césarienne basse (obs. 1328). **Enfant vivant.**

**Mortalité infantile :**

**1 enfant mort-né** extrait par césarienne post-mortem (obs. 984);

**1 enfant mort** au cours du travail (obs. 1993);

**8 enfants morts** durant leur séjour à la clinique (obs. 106 (2<sup>e</sup> jumeau,) 142, 787, 1640, 2265, 2667, 2696, 2736).

Enfants vivants : 35.

**159 accouchements à terme** (3 accouchements gémellaires), dont :

**129 accouchements spontanés** (2 gémellaires, obs. 911, 998);

**21 forceps** (1 forceps sur 1<sup>er</sup> jumeau, obs. 2160) (obs. 7, 78, 98, 143, 280, 523, 907, 1102, 1153, 1154, 1218, 1250, 1434, 1543, 2071, 2160, 2426, 2432, 2681, 3055, 3070) : **19 enfants vivants**; **1 mort** au cours du travail (obs. 2426); **1 mort** à la clinique (obs. 3055);

**1 extraction du siège** (obs. 476). **Enfant mort** durant son séjour à la clinique;

**1 manœuvre de Champetier de Ribes** (obs. 2204). **Mort-né;**

**1 version par manœuvres internes** pour présentation transversale du fœtus (obs. 2160, 2<sup>e</sup> jumeau). **Enfant vivant;**

1 basiotripsie sur enfant mort au cours du travail (obs. 934);

6 césariennes (obs. 132, 1040, 1426, 1571, 2463, 2582). 4 enfants vivants; 2 morts au cours du travail (obs. 132, 1571).

#### Mortalité infantile :

8 enfants morts au cours du travail (obs. 132, 934, 998 (1<sup>er</sup> jumeau), 1065, 1571, 1661, 2204, 2426);

2 enfants morts durant leur séjour à la clinique (obs. 476, 3055).

Enfants vivants : 152.

1 avortement thérapeutique pour accidents pré-éclamptiques :

Obs. 2935. — Femme régulièrement suivie depuis le début de la gestation. Entre dans le service au 5<sup>e</sup> mois avec les symptômes suivants : albuminurie importante (2 gr. à son entrée). Hypertension importante (26-13 Vaquez à son entrée) déjà constatée et suivie depuis 2 mois. Troubles fonctionnels alarmants : céphalée, barre épigastrique. Une saignée de 350 gr. ramène la Mx à 20. Les phénomènes s'amendent et la T. A. se maintient le lendemain à 18-13. Le surlendemain, réapparition de la barre épigastrique en même temps que la Mx remonte (25-13). 2 saignées successives de 250 gr. et 400 gr. à 2 heures d'intervalle. Les jours suivants, l'albuminurie diminue progressivement pour ne plus être qu'à l'état de traces, la T. A. reste définitivement aux environs de 18-12; mais on a constaté une ascension de l'urée sanguine de 0 gr. 44 (à l'entrée) à

0 gr. 65. 8 jours après l'entrée de la femme dans le service, M. le P<sup>r</sup> Couvelaire décide d'interrompre la gestation. Pose successive de 3 ballons de Champetier (150, 250, 350 cc.) après dilatation artificielle du col par bougies de Hégar. Travail long à se déclencher. 40 heures après le début de l'intervention, expulsion d'un fœtus frais de 530 gr. Suites de couches. Bonne diurèse. T. A. aux environs de 15-9. Disparition de l'albuminurie au 3<sup>e</sup> jour. Femme sortie en bon état au 15<sup>e</sup> jour.

Dans 4 cas, on fit une délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta (obs. 993 (Shock), 1022 (malformation utérine), 1305 (insertion basse), 2519).

Mortalité maternelle : 3 cas (obs. 934 (voir basiotripsie), 984 (voir éclampsie), 998 (voir gestations gémeillaires).

### c) *Eclampsie convulsive.*

#### 8 Observations.

OBS. 78. — Primipare de 23 ans. Albuminurie au cours du travail. Crise convulsive isolée en ville à la 23<sup>e</sup> heure du travail. Arrive peu après à la clinique, agitée, mais répondant aux questions. Pouls à 160. T. A. : 16 1/2-11. Albumine : 4 gr. Urée : 0 gr. 42. Dilatation entre 5 fr. et petite paume, tête engagée à la partie haute de l'excavation. Une saignée de 300 gr. fait baisser la tension à 12 1/2-8 1/2. Chloral. Lavement purgatif. Eau-de-vie allemande. 12 heu-

res environ après son entrée, nouvelle saignée de 400 gr., suivie quelques heures plus tard d'un lavement purgatif, la tension étant remontée. La tension se maintient à 16-9. Travail long. Forceps à dilatation complète après un travail de 56 heures environ. Enfant vivant pesant 3.000 gr. Suites de couches. Tension artérielle après l'accouchement : 15/10. Bonne diurèse. Disparition de l'albuminurie au 3<sup>e</sup> jour. Abscès du sein par la suite.

OBS. 374. — Femme de 43 ans. Première gestation actuelle. Enceinte de 5 mois environ. Date d'apparition de l'albuminurie indéterminée. Crises d'éclampsie subintrantes avec coma. Albumine : 7 gr. Urée : 0 gr. 56. T. A. 20/17. Morphine. Chloral. 2 saignées de 300 et 350 gr. à 9 heures d'intervalle. Durée du coma : 24 heures environ. L'état de la femme s'améliore dans les jours qui suivent. Entrée en travail 18 jours après le début des accidents. Durée du travail : 1 heure 45. Expulsion d'un œuf complet de 860 gr. Fœtus macéré. Placenta farci d'impuretés. Suites de couches. Excellent état général. Albumine : 0. Urée : 0 gr. 30. T. A. : 14/9.

OBS. 784. — Femme de 35 ans. Troisième gestation actuelle. 2 gestations antérieures normales. Albuminurie apparue au 3<sup>e</sup> mois de la gestation. Quelques jours après la constatation de cette albuminurie, crise convulsive en ville (éclampsie?), sans aucun prodrome et avec coma. Saignée. Cette crise convulsive reste isolée. 12 jours plus tard avortement de 3 mois environ. Curage digital pour hémorragie et non décollement du placenta. Suites de

couches. Pyélonéphrite au 7<sup>e</sup> jour. Sortie sur sa demande au 15<sup>e</sup> jour.

OBS. 887. — Femme de 33 ans. Quatrième gestation actuelle. 3 gestations antérieures normales. Date d'apparition de l'albuminurie indéterminée. Entre dans le service au début du travail présentant de la céphalée, une barre épigastrique, une albuminurie massive (9 gr.). T. A. : 18 1/2-11. Urée : 0 gr. 35. On fait une saignée de 500 gr. Travail accéléré. Durée totale du travail : 2 heures 40. Enfant vivant pesant 3.350 gr. Délivrance spontanée 45 minutes après l'accouchement. Placenta farci d'infarctus. 1<sup>re</sup> crise convulsive 5 heures 30 après l'accouchement. Durée : 5 minutes. Sort rapidement du coma 15 minutes après la crise. T. A. : 18/10. Albuminurie : 8 gr. Urée : 0 gr. 50. Eau-de-vie allemande. Lavement purgatif. 2<sup>e</sup> crise 45 minutes après la 1<sup>re</sup>. Saignée de 300 gr. T. A. : 14/8. Sortie du coma 1 heure après la crise. L'état de la femme s'est rapidement amélioré. Disparition de l'albuminurie le lendemain. T. A. : 11 1/2-8 au 6<sup>e</sup> jour des suites de couches.

OBS. 984. — Aucuns renseignements sur les antécédents ni sur la gestation actuelle. Date d'apparition de l'albuminurie indéterminée. Entre dans le service dans le subcoma, 48 heures après le début des crises convulsives. 2 crises dès son entrée. Albuminurie massive. T. A. : 17/13. Une saignée de 500 gr. fait tomber la tension à 14/10 1/2. Eau-de-vie allemande. Lavement purgatif. Chloral. 2 heures après son entrée 2 autres crises, après lesquelles la femme

est dans le coma complet et présente le tableau d'un œdème aigu du poumon dans sa forme bronchoplégique. T. A. : ascension de la minima 16/14 (Pachon). Saignée de 300 gr. Ouabaïne. Décès de la femme 35 minutes après le début du coma. 15 minutes après la mort, on pratique, les bruits du cœur fœtal étant encore perçus, une césarienne post-mortem. Extraction d'un enfant ne présentant plus aucun battement et pesant 2.040 gr.

Obs. 1013. — Primipare de 26 ans, enceinte de 7 mois 1/2. Albuminurie constatée depuis le 5<sup>e</sup> mois. Crises convulsives précédées de quelques jours par des céphalées tenaces et des troubles digestifs. Entre à la clinique dans le coma ayant déjà eu en ville 4 crises. Albuminurie massive. T. A. : 17/10. Saignée de 400 gr. Eau-de-vie allemande. Lavement purgatif. 3 crises quelques heures après son entrée. 2 saignées successives de 350 gr. et 300 gr. Chloral. T. A. : 16/10. Dans les heures qui suivent, la femme sort du coma et son état général reste satisfaisant. 2 jours après la cessation des crises, début du travail. Au cours de celui-ci écoulement brunâtre. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Accouchement d'un enfant de 1.550 gr. vivant. Placenta présentant des infarctus anciens et dont les membranes ont un petit côté de 4 <sup>cm</sup>. Suites des couches. Bonne diurèse. Disparition de l'albuminurie. T. A. : 14/9 1/2.

Obs. 2204. — Primipare de 25 ans. Date d'apparition de l'albuminurie indéterminée. A fait en ville au cours du travail une 1<sup>re</sup> crise. Amenée quelques heures après à la

clinique dans le coma. 3 crises convulsives en 1 heure. T. A. : 21/12. Albuminurie : 7 gr. Une saignée de 350 gr. fait tomber la tension à 17/12. Chloral. Morphine. Travail rapide. Accouchement d'un siège complet 2 heures après l'entrée dans le service. Dystocie de la tête dernière. Manœuvre de Champetier de Ribes. Enfant de 3.080 gr. en état de mort apparente, n'ayant pu être ranimé. Délivrance normale. 5<sup>e</sup> crise de courte durée 45 minutes après l'accouchement, suivie 1 heure environ plus tard d'une 6<sup>e</sup> et dernière crise. Dans les heures qui suivent, la femme sort du coma et son état s'améliore rapidement. Suites des couches. Au 3<sup>e</sup> jour disparition de l'albuminurie. T. A. : 14/8 1/2. Sortie sur sa demande au 12<sup>e</sup> jour.

Obs. 2564. — Femme de 32 ans. Première gestation actuelle. Enceinte de 6 mois environ. Albuminurie du début du 7<sup>e</sup> mois contemporaine de l'éclampsie. Crises convulsives précédées de 2 jours par de la céphalée, des vertiges, des troubles visuels. Entre à la clinique dans le sub-coma ayant eu en ville 8 crises, pour lesquelles on lui a fait une saignée de 300 gr. T. A. : 16/10. Albuminurie : 5 gr. Urée : 0 gr. 80. Les bruits du cœur fœtal sont perçus. Eau-de-vie allemande. Lavement purgatif. Chloral. Le lendemain de l'entrée, la tension augmentant (18/11 1/2), on fait une saignée de 300 gr. Lavement purgatif. Le surlendemain, délire aigu sans crise. Puis l'état maternel s'améliore. Les bruits du cœur fœtal restent bons. Dans les jours qui suivent, on ne note rien de particulier du côté maternel. T. A. : 13 1/2-10. Du côté fœtal, les b. d. c.

ne sont plus perçus. Expulsion 15 jours après le début des accidents d'un fœtus macéré de 920 gr. Suites de couches. Bonne diurèse. Disparition de l'albuminurie. T. A. : 12/9 1/2.

En résumé, 8 observations (dont obs. 784 crise convulsive de nature indéterminée, éclampsie?) :

5 cas d'éclampsie au cours de la gestation (obs. 374, 784, 984, 1013, 2564);

2 cas d'éclampsie au cours du travail (obs. 78, 2204);

1 cas d'éclampsie après l'accouchement (obs. 887).

L'accouchement fut spontané dans 5 cas :

1 fois, on fit une application de forceps (obs. 78);

1 fois, on fit une manœuvre de Champetier de Ribes sur tête dernière (obs. 2204);

1 fois, on fit une césarienne post-mortem (obs. 984).

Résultats :

2 avortements (obs. 374 (macéré), 784);

2 rétentions (obs. 374 (avortement), 2564);

1 enfant mort au cours du travail (obs. 2204);

1 enfant mort-né, extrait par césarienne post-mortem (obs. 984);

3 enfants vivants (obs. 78, 887, 1013).

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 984).

#### d) *Hémorragie rétro-placentaire.*

##### 2 Observations.

Il s'agit de deux formes bénignes, sans signes cli-

niques, dont le diagnostic a été fait à l'examen du délivre.

Dans l'observation 47 (femme atteinte de néphrite chronique hypertensive), il semble exister sur le placenta un cupule, mais le caillot n'a pas été retrouvé.

Dans l'observation 2689, l'hématome rétro-placentaire coexistait avec une insertion basse du placenta, qui avait entraîné deux hémorragies au cours de la gestation. (Voir : Insertion basse.)

Résultats : 2 rétentions, dont 1 cas d'avortement (obs. 47).

N.-B. — Nous signalons ici un cas d'hématome rétro-placentaire, paraissant consécutif à une version par manœuvres externes pour présentation du siège. Voir : Complications de la gestation.

#### 4° ETATS PATHOLOGIQUES GÉNÉRAUX.

##### a) *Syphilis*.

##### 201 Observations.

Dans un premier groupe, nous rangerons 96 observations, dans lesquelles la sérologie a été ou est positive :

##### a) *Syphilis héréditaire* : 2 cas.

Femme suffisamment traitée (obs. 760). Accouchement à terme. Enfant vivant;

Femme insuffisamment traitée (obs. 139). Rétention.  
Gémellaire unichoriale biamniotique.

b) *Syphilis ancienne ou de date indéterminée* :  
76 cas :

1° Femmes suffisamment traitées : 18 cas (obs. 14, 203, 212, 264, 411, 655, 839, 1043, 1113, 1361, 1604, 1678, 2226, 2377, 2601, 2694, 2838, 3203).

Ces cas ont donné :

1 rétention (obs. 203);

2 accouchements prématurés spontanés (obs. 212, 1361);

15 accouchements à terme, dont 14 spontanés;

1 forceps après incisions du col (obs. 1678). Enfant vivant.

Enfants vivants : 17.

2° Femmes insuffisamment ou non traitées : 58 cas (obs. 111, 115, 128, 151 bis, 170, 202, 247, 248, 281, 292, 351, 354, 357, 387, 426, 464, 487, 490, 564, 569, 663, 679, 681, 704, 799, 898, 1052, 1071, 1072, 1155, 1347, 1353, 1355, 1443, 1573, 1697, 1797, 1925, 1986, 1996, 2007, 2011, 2037, 2196, 2248, 2308, 2391, 2413, 2429, 2453, 2531, 2792, 2926, 3056, 3058, 3108, 3139, 3189).

Ces cas ont donné :

2 avortements (obs. 151 bis (avortement molaire), 2453);

6 rétentions (obs. 115, 490, 1052, 1573, 2308, 2926);

6 accouchements prématurés spontanés (obs. 351 (vomissements graves), 898, 1347 (gémellaire bichoriale), 1443, 2196, 2413);

44 accouchements à terme, dont 42 spontanés;

1 césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 569). Enfant vivant;

1 version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule (obs. 2429). Enfant en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé;

1 enfant mort au cours du travail (obs. 2429);

2 enfants morts durant leur séjour à la clinique (obs. 426, 663).

Enfants vivants : 48.

c) *Syphilis récente* : 18 cas.

1° *Accident primaire quelques mois avant la gestation* : 3 cas (obs. 665, 791, 1655).

Ces femmes ont été traitées au cours de la gestation.

3 accouchements spontanés à terme.

3 enfants vivants.

2° *Accident primaire ou accidents secondaires au début de la gestation* : 10 cas.

Femmes traitées : 8 cas (obs. 290, 320, 433, 1281, 1364, 1721, 2368, 2630) :

1 accouchement prématuré spontané (obs. 290);

7 accouchements à terme, dont 6 spontanés, 1 forceps pour cardiopathie maternelle (obs. 1364);

8 enfants vivants.

Femmes insuffisamment ou non traitées: 2 cas (obs. 177, 2674) :

1 accouchement prématuré spontané (obs. 2674);

1 accouchement à terme spontané (obs. 177);

1 enfant né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé (obs. 177);

1 enfant vivant (obs. 2674).

3° *Accident primaire ou accidents secondaires dans les derniers mois de la gestation* : 5 cas (obs. 250, 554, 1360, 2092, 2885) :

1 rétention (obs. 2885);

2 accouchements prématurés spontanés (obs. 554, 2092);

2 accouchements à terme spontanés (obs. 250, 1360);

1 enfant mort durant son séjour à la clinique (obs. 1360);

3 enfants vivants.

Dans un deuxième groupe, nous rangerons 96 observations dans lesquelles la sérologie a toujours été négative, et concernant des syphilis héréditaires ou des syphilis ignorées avec accidents obstétricaux :

1° Femmes suffisamment traitées : 57 cas (obs. 76, 88, 94, 112, 127, 553, 578, 595, 630, 667, 765, 1063, 1249, 1276, 1285, 1363, 1400, 1491, 1522, 1562, 1581, 1583, 1608, 1642, 1684, 1698, 1701, 1735, 1779, 1789,

1803, 1822, 1893, 1906, 1968, 1982, 1987, 2043, 2066, 2159, 2174, 2331, 2381, 2465, 2467, 2526, 2527, 2537, 2565, 2624, 2650, 2706, 2823, 2884, 2896, 2916, 3014).

Ces cas ont donné :

2 rétentions (obs. 2174, 2527);

5 accouchements prématurés spontanés (obs. 1581 (insertion basse), 1735, 1987, 2465, 3014;

50 accouchements à terme, dont 1 césarienne basse (obs. 1583). Enfant vivant; 49 accouchements spontanés (2 gémellaires bichoriales) (obs. 578, 2916);

2 enfants morts au cours du travail (obs. 1581 (insertion basse), 1987);

1 enfant mort durant son séjour à la clinique (obs. 2624);

Enfants vivants : 54.

2° Femmes insuffisamment ou non traitées : 39 cas (obs. 90, 332, 349, 372, 410, 432, 472, 637, 652, 698, 775, 1034, 1144, 1198 bis, 1277, 1515, 1612 bis, 1699, 1852, 1942, 2139, 2209, 2220, 2305, 2487, 2523, 2588, 2615, 2635, 2668 bis, 2688, 2843, 2899 bis, 2924, 2964, 2996, 3063, 3066, 3107).

Ces cas ont donné :

5 avortements (obs. 1198 bis, 1612 bis (rétention), 2668 bis, 2899 bis, 3107);

5 accouchements prématurés spontanés (obs. 332, 472, 652, 1852, 2139);

29 accouchements à terme, dont 27 spontanés, 2 césariennes (obs. 372, 1034). Enfants vivants;

- 2 enfants morts au cours du travail (obs. 432, 652);
- 2 enfants morts durant leur séjour à la clinique (obs. 1852, 2139).

Dans un troisième groupe, nous rangerons 9 observations de femmes considérées comme syphilitiques, en l'absence d'une réaction sérologique positive ou de signes cliniques, du fait de la syphilis avérée du mari :

1° Femmes suffisamment traitées : 4 cas (obs. 456, 1726, 2082, 2990);

1 accouchement prématuré spontané (obs. 456);

3 accouchements à terme spontanés (obs. 1726, 2082, 2990);

1 enfant mort durant son séjour à la clinique (obs. 456);

3 enfants vivants.

2° Femmes insuffisamment traitées : 5 cas (obs. 646, 1008, 1253, 2030, 2968) :

1 accouchement prématuré spontané (obs. 1008);

4 accouchements à terme spontanés (obs. 646, 1253, 2030, 2968);

5 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 2 cas (obs. 372 (voir césarienne), 3058 (voir infections puerpérales).

b) *Tuberculose pulmonaire.*

189 Observations.

Sur ce nombre :

136 ont accouché au pavillon d'isolement Tarnier, soit parce qu'elles présentaient une expectoration bacillifère, soit parce qu'elles étaient suivies pour une bacillulose à tendances évolutives.

Dès leur admission, les femmes sont hospitalisées dans un pavillon spécial, le pavillon Tarnier, réservé aux tuberculeuses et composé de chambres isolées les unes des autres dans lesquelles a lieu l'accouchement. Dès la naissance, l'enfant est séparé de sa mère et mis en surveillance dans une crèche du service général réservée à ces enfants. Il est ensuite placé à la campagne, en particulier par l'œuvre du « Placement familial des Tout-Petits ».

A la sortie, les mères sont dirigées sur le dispensaire Léon Bourgeois ou sur les dispensaires où elles étaient antérieurement surveillées.

49 ont accouché dans le service général, étant simplement suspectes de tuberculose ou ayant des tuberculoses fermées.

4 tuberculeuses avérées ont accouché par erreur dans le service général.

Dans un premier groupe, nous rangerons 179 observations de femmes dont la tuberculose est antérieure à la gestation :

1° Femmes ayant des B K dans leurs crachats : 52 cas (obs. 135, 138, 175, 203, 257, 287, 308, 314, 365, 384, 386, 635, 639, 670, 698, 1016, 1022 *bis*, 1071, 1171, 1224, 1251, 1459, 1542, 1547, 1566, 1646, 1656, 1741, 1908, 1962, 1989, 2016, 2075, 2129, 2207, 2218, 2241, 2302, 2323, 2445, 2508, 2577, 2644, 2678, 2738 *bis*, 2928, 2997, 3027, 3061, 3094 *bis*, 3120 *bis*, 3188).

Femmes ayant un pneumothorax entretenu :

2 unilatéral droit (obs. 314, 365);

4 unilatéral gauche (obs. 203, 287, 2129, 2928);

1 bilatéral (obs. 635).

Femme chez qui on a fait une phrénicectomie gauche (obs. 384).

Ces cas ont donné :

2 avortements (obs. 257, 635);

2 avortements thérapeutiques (obs. 3027, 3094 *bis*)  
(Voir avortements thérapeutiques);

1 rétention (obs. 203, femme syphilitique);

13 accouchements prématurés spontanés (obs. 135, 308, 1022 *bis*, 1224, 1459, 1542, 1566, 1646, 2218, 2302, 2323, 2738 *bis*, 3120 *bis*);

34 accouchements à terme spontanés.

Enfants morts à la clinique : 7 (obs. 138, 308, 314, 1542, 1566, 1646, 2207).

Enfants vivants : 40.

Femmes passées en mauvais état dans un autre hôpital : 8 (obs. 175, 314, 365, 639, 1016, 1251, 2016, 3120 *bis*).

Femmes mortes à la clinique : 9 (obs. 138, 635, 1022 *bis*, 1224, 1566, 2218, 2241, 2302, 2323).

2° Femmes n'ayant pas de B K dans leurs crachats :  
119 cas (obs. 3, 169, 180, 210, 213, 219, 229, 288, 345, 426, 498, 538, 559, 561, 587, 588, 628, 633, 643, 648, 668, 708, 732, 734, 758, 829, 832, 890, 919, 979, 1068, 1074, 1089, 1105, 1132, 1141, 1148, 1149, 1155, 1167, 1184, 1189, 1194, 1199, 1239, 1241, 1256, 1259, 1274, 1302, 1368, 1371, 1420, 1439, 1440, 1456, 1489, 1504, 1530, 1537, 1546, 1601, 1611, 1654, 1666, 1675, 1686, 1693, 1725, 1736, 1752, 1782, 1786, 1809, 1824, 1892, 1896, 1899, 1900, 1903, 1936, 1949, 1990, 2020, 2035, 2084, 2128, 2220, 2280, 2289, 2297, 2322, 2330, 2352, 2391, 2576, 2583, 2592, 2716, 2847, 2851, 2925, 2945, 2963, 2971, 2992, 3017, 3021, 3031, 3038, 3079, 3115, 3130, 3139, 3150, 3167, 3168, 3172, 3200).

Femmes ayant un pneumothorax entretenu :

20 unilatéral droit (obs. 180, 219, 587, 668, 732, 1239, 1302, 1489, 1601, 1611, 1693, 1896, 1990, 2576, 2592, 2716, 3021, 3038, 3130, 3200);

12 unilatéral gauche (obs. 213, 288, 919, 1105, 1167, 1199, 1256, 1530, 1809, 1949, 3079, 3168);

5 bilatéral (obs. 561, 1274, 1546, 1675 (pneumothorax gauche entretenu, pneumothorax droit arrêté plusieurs mois avant son accouchement pour réaction liquidienne), 1686).

Femme chez qui on a fait une phrénicectomie gauche (ob. 1068). Femme également porteuse d'un pneumothorax droit arrêté 3 mois avant son accouchement pour symphyse pleurale.

Femme porteuse d'un pneumothorax spontané gauche de la grande cavité (obs. 3139).

Ces cas ont donné :

2 avortements (obs. 2971, 3130);

3 rétentions (obs. 890 (2<sup>e</sup> jumeau, nœud très serré au niveau du cordon), 1199, 3150 (cas dans lequel existait aussi une albuminurie).

15 accouchements prématurés spontanés (obs. 628, 732, 758, 832, 1068, 1089, 1167, 1274, 1611, 1686, 2289, 2322, 2352, 3031, 3038);

100 accouchements à terme, dont 96 spontanés (1<sup>er</sup> jumeau de l'obs. 890), 4 forceps (obs. 213, 668, 3079, 3200).

Enfants morts durant leur séjour à la clinique : 7 (obs. 426 (mère syphilitique), 708, 734, 1302, 2322, 2452, 3038).

Enfants vivants : 108.

Femmes passées en mauvais état dans un autre hôpital : 7 (obs. 498, 1068, 1546, 1675, 1686, 2352, 3130).

Femmes mortes à la clinique : 3 (obs. 628, 1439, 2322).

3<sup>e</sup> Femmes dont le résultat de l'examen des crachats n'est pas noté sur l'observation : 8 cas (obs. 45, 596,

659, 666, 1287, 1664, 2090, 2389).

Ces cas ont donné :

3 accouchements prématurés spontanés (obs. 659, 666, 2389);

5 accouchements à terme spontanés;

3 enfants morts durant leur séjour à la clinique (obs. 659, 666, 2389);

5 enfants vivants.

Femmes mortes à la clinique : 4 (obs. 659, 666, 1287 (granulie), 2389).

Dans un deuxième groupe, nous rangeons 10 observations de femmes dont la tuberculose a débuté au cours de la gestation (obs. 469, 575, 1210, 1486, 1697, 1913, 2095, 2278, 2676, 2738).

6 femmes avaient des B K dans leurs crachats (obs. 469, 575, 1210, 1913, 2095, 2676).

Cas dans lesquels la tuberculose est apparue au début de la gestation : 8 cas (obs. 469, 1486, 1697, 1913, 2095, 2278, 2676 (1 mois avant le début de la gestation), 2738) :

1 fois, la tuberculose est apparue au 5<sup>e</sup> mois (obs. 1210);

1 fois, la tuberculose est apparue au 8<sup>e</sup> mois (obs. 575).

Femmes ayant un pneumothorax entretenu :

3 unilatéral droit (obs. 1697, 2676, 2738);

3 unilatéral gauche (obs. 1913, 2095, 2278).

Dans 1 cas (obs. 469), un pneumothorax droit institué au 5<sup>e</sup> mois dut être interrompu au 7<sup>e</sup> pour atteinte du poumon gauche.

Ces cas ont donné :

3 accouchements prématurés spontanés (obs. 469, 1210, 2676);

7 accouchements à terme, dont 6 spontanés; 1 forceps (obs. 1913);

1 enfant mort durant son séjour à la clinique (obs. 1486).

Enfants vivants : 9.

Femmes décédées à la clinique : 3 (obs. 469, 575, 1210).

### c) *Pleurésies.*

#### 5 Observations.

##### 1 *Au cours de la gestation :*

Obs. 1202. — Pleurésie séro-fibrineuse droite ayant évolué au cours des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> mois. Grossesse bien supportée. Accouchement à terme d'un enfant vivant pesant 3.050 gr. Bonnes s. d. c.

Obs. 1609. — Pleurésie droite au 4<sup>e</sup> mois. Guérison en 1 mois 1/2. Accouchement à terme d'un enfant vivant pesant 3.110 gr. Bonnes s. d. c.

OBS. 2589. — Pleurésie séro-fibrineuse côté?, au 4<sup>e</sup> mois de la gestation. Accouchement normal au terme de 8 mois 1/2. Enfant 3.370 gr. vivant.

OBS. 2818. — Pleurésie gauche au 7<sup>e</sup> mois. Accouchement au terme de 8 mois 1/2 d'un macéré pesant 2.300 gr.

2° Dans les suites de couches :

OBS. 2603. — Parents morts de tuberculose pulmonaire. Depuis quelques années, signes d'imprégnation bacillaire. Pleurésie séro-fibrineuse droite, au 4<sup>e</sup> jour des suites de couches. Femme passée à Saint-Antoine en bonne voie de guérison 1 mois environ après le début des accidents.

d) *Affections pulmonaires.*

2 Observations.

OBS. 1899. — Femme de 23 ans, suspecte de tuberculose, enceinte pour la première fois, ayant dans ses antécédents une pleuro-pneumonie (il y a 5 ans), au cours de laquelle elle semble avoir eu un syndrome de défaillance cardiaque. Au cours de la gestation, syncopes fréquentes, dyspnée au moindre effort. La femme a été suivie à la consultation : rien cliniquement ni radiologiquement. Œdème pulmonaire subaigu, vers la fin du travail. Saignée de 250 gr. Application de forceps à dilatation complète 3/4 d'heure après le début des accidents. Enfant : 3.350 gr. vivant. S. d. c. normales. Sortie au 14<sup>e</sup> jour.

Obs. 2337. — Cortico-pleurite gauche ayant débuté au 5<sup>e</sup> mois de la gestation. B. K. : o. Enfant à terme : 3.050 gr. vivant.

e) *Pyélonéphrites.*

64 Observations.

1<sup>o</sup> *Pyélonéphrites au cours de la gestation :*

a) *Formes bénignes (apyrétiques ou fébriles) :*

49 observations (obs. 159, 199, 216, 277, 280, 352, 362, 406, 407, 429, 477, 480, 528, 539, 563, 895, 897, 1068, 1110, 1261, 1388, 1389, 1436, 1437, 1505, 1529, 1648, 1777, 1963, 2074, 2182, 2244, 2345, 2441, 2471, 2489, 2513, 2662, 2755, 2894, 2920, 2957, 2976, 3006, 3018, 3070, 3138, 3164, 3198) :

19 fois, la pyélonéphrite siégeait à droite;

5 fois, la pyélonéphrite siégeait à gauche;

3 fois elle était bilatérale;

22 fois le siège n'est pas précisé dans l'observation;

28 fois la pyélonéphrite a récidivé ou s'est prolongée dans les suites de couches (obs. 159, 216, 277, 280, 429, 477, 480, 528, 539, 895, 1068, 1388, 1389, 1777, 1963, 2244, 2441, 2471, 2489, 2513, 2662, 2755, 2957, 2976, 3006, 3070, 3164, 3198).

Dans 4 cas, une albuminurie importante coexistait avec la pyélonéphrite (obs. 216, 280, 563, 3070).

48 cas n'ont nécessité qu'un traitement médical.

Dans 1 cas (obs. 1388), on a du pratiquer le cathétérisme des uretères et faire des lavages du bassinnet droit pour non amélioration par le traitement médical habituel.

Ces cas ont donné :

14 accouchements prématurés spontanés (obs. 216, 277, 352, 362, 895, 1110, 1261, 1437, 2345, 2489, 2513, 2755, 2894, 3164);

35 accouchements à terme dont 29 spontanés (1 accouchement gémellaire) (obs. 2957); 5 forceps (obs. 280, 1388, 1963, 3006, 3070); 1 césarienne (ob. 477);

1 enfant mort au cours du travail (obs. 1505 (proci-dence du cordon) ;

2 enfants morts durant leur séjour à la clinique (obs. 1261, 2489);

Enfants vivants : 47.

b) Formes graves : 4 observations.

OBS. 527. — *Pyélo à forme gravido-toxique*, au début du 5<sup>e</sup> mois de la gestation. Courbe thermique à grandes oscillations, sans aucune rémission. Avortement thérapeutique à la fin du 5<sup>e</sup> mois. Défervescence assez rapide. Sortie en bon état 13 jours après l'interruption de la gestation.

OBS. 802. — *Pyélo à forme gravido-toxique*. Début des accidents vers la fin du 6<sup>e</sup> mois par fièvre, douleurs lom-

baïres aiguës à droite, pyurie et hématurie. Température aux environs de 40° avec une défervescence tous les 3 ou 4 jours. La femme entre dans le service 20 jours après le début des accidents : tuphos, dyspnée sine materia, ictère, région lombaire douloureuse des 2 côtés, urines purulentes (quelques colibacilles, hématies nombreuses). Urée : 1 gr. 20. Interruption de la gestation. Pose de lamineaires suivie le lendemain d'une évacuation instrumentale de l'utérus. La défervescence ne se produit pas dans les suites de couches et la femme fait un erysipèle de la face, pour lequel elle est dirigée sur l'hôpital Claude-Bernard.

OBS. 1009. — Pyélonéphrite droite au 8<sup>e</sup> mois avec fièvre et mauvais état général. Essai infructueux de cathétérisme urétéral dans le service. Femme passée à l'hôpital Cochin. Revient quelques jours plus tard pour accoucher. Accouchement au terme de 8 mois d'un enfant pesant 2.430 gr. vivant. Suites de couches apyrétiques. Pus dans les urines.

OBS. 1118. — Pyélonéphrite droite ayant débuté à 8 mois. Température à grandes oscillations. Douleurs lombaires très intenses. Femme très fatiguée. Cathétérisme urétéral droit 27 jours après son hospitalisation. Rétention pyélique : 25 à 30 c.c. Soude urétérale laissée à demeure 24 heures. Défervescence. Amélioration rapide. Accouchement quelques jours plus tard à terme d'un enfant vivant pesant 2.750 gr. Suites de couches fébriles. Lymphangite du sein au 10<sup>e</sup> jour. Sortie en bon état.

En résumé :

2 interruptions de gestations (obs. 527, 802);

1 accouchement prématuré spontané (obs. 1009);  
1 accouchement à terme spontané (obs. 1118);  
2 enfants vivants.

c) Nous signalerons ici 1 cas de tuberculose rénale (obs. 2133) (observation perdue) :

Pyélonéphrite au sixième mois de la gestation.

Inoculation des urines au cobaye positive.

Accouchement et délivrance normaux. Enfant 2820 gr., décédé dix-huit jours après sa naissance.

Femme opérée par la suite.

2° *Pyélonéphrites au cours des suites de couches :*

11 observations (obs. 119, 167, 444, 784, 1659, 1779 bis, 2171, 2256, 2850, 2981, 3043).

Toutes ces femmes ont quitté la clinique en bon état. Une seule (obs. 784) est sortie prématurément sur sa demande.

#### f) *Cardiopathies.*

20 Observations.

Obs. 48. — Rétrécissement mitral bien compensé. Accouchement prématuré au terme de 7 mois 1/2. **Enfant :** 2.660 gr. vivant.

Obs. 454. — Insuffisance mitrale bien compensée. Avortement de 4 mois.

OBS. 670. — Insuffisance mitrale bien compensée chez une tuberculeuse. Accouchement à terme enfant pesant 3.040 gr. vivant.

OBS. 688. — Rétrécissement mitral bien compensé. Accouchement à terme. Enfant : 4.070 gr. vivant.

OBS. 743. — Maladie mitrale. Congestion pulmonaire au 6<sup>e</sup> mois de la gestation. Accouchement à terme. Enfant : 3.140 gr. vivant. Extrait par forceps.

OBS. 770. — Insuffisance mitrale bien compensée. Accouchement à terme. Enfant : 2.940 gr. vivant.

OBS. 1235. — Rétrécissement mitral bien compensé. Accouchement à terme. Enfant : 3.330 gr. vivant. Extrait par forceps.

OBS. 1246. — Rétrécissement mitral bien compensé. Accouchement à terme. Enfant : 3.700 gr. vivant. Extrait par forceps.

OBS. 1278. — Maladie mitrale bien compensée. Accouchement à terme. Enfant : 2.800 gr. vivant.

OBS. 1323. — Rétrécissement mitral décompensé. Hémoptysie au cours de la gestation. Dyspnée. Signes de stase pulmonaire. Œdèmes des membres inférieurs. T. A. : 10/6 1/2. Accouchement à terme. Enfant : 2.750 gr. vivant.

OBS. 1364. — Maladie mitrale. Syphilis contractée au 3<sup>e</sup> mois de la gestation actuelle. A terme. 3 crises de tachy-

cardie paroxystique vers la fin de la grossesse. Tachycardie permanente au cours du travail. Forceps à dilatation complète. Enfant : 3.900 gr. vivant. D. A. pour non décollement partiel du placenta. Tendance syncopale avec pouls incomptable après la D. A. Ouabaine I. V. Crise de tachycardie paroxystique au 4<sup>e</sup> jour des suites de couches. Amélioration dans les jours suivants. Sortie en bon état au 45<sup>e</sup> jour.

OBS. 1437. — Crises de tachycardie apparues au 7<sup>e</sup> mois de la gestation, chaque fois précédées d'une épistaxis. Pouls rapide en permanence. Pas de lésion cardiaque. T. A. : 12 1/2-7. Accouchement au terme de 8 mois. Enfant 2.690 gr. vivant.

OBS. 2251. — Insuffisance mitrale bien compensée. Accouchement à terme. Enfant 2.950 gr. vivant.

OBS. 2810. — Rétrécissement mitral bien compensé. Accouchement à terme. Enfant 1.800 gr. décédé 24 heures après sa naissance.

OBS. 2871. — Insuffisance aortique bien compensé. Accouchement à terme. Enfant 3.320 gr. vivant.

OBS. 2899 bis. — Insuffisance mitrale bien compensée. Traitée pour syphilis. Avortement de 3 mois environ.

OBS. 2964. — Insuffisance aortique bien compensée. Traitée pour syphilis. Accouchement au terme de 8 mois 1/2 d'un enfant vivant pesant 3.810 gr.

Obs. 3000. — Insuffisance mitral bien compensée. Accouchement à terme. Enfant 3.430 gr. vivant.

Obs. 3125. — Rétrécissement mitral. Légère décompensation sous forme de palpitations. Accouchement à terme. Enfant 2.920 gr. vivant.

Obs. 3155. — Rétrécissement mitral. Légère décompensation sous forme d'un certain degré de tachycardie. A terme. Césarienne basse sans anesthésie chloroformique. Enfant pesant 4.350 gr. Mort à la clinique.

En résumé :

5 cas de rétrécissement mitral bien compensé (obs. 48, 688, 1235, 1246, 2810);

2 cas de rétrécissement mitral avec décompensation très légère (obs. 3125, 3155);

1 cas de rétrécissement mitral décompensé (obs. 1323);

6 cas d'insuffisance mitrale bien compensée (obs. 454, 670, 770, 2251, 2899 *bis*, 3000);

2 cas de maladie mitrale bien compensée (obs. 743, 1278);

2 cas d'insuffisance aortique bien compensée (obs. 2871, 2964);

2 cas où il existe des troubles du rythme (obs. 1364 (maladie mitrale), 1437 (sans lésion cardiaque).

Ces cas ont donné :

2 avortements (obs. 454, 2899 *bis* (femme syphili-

tique);

2 accouchements prématurés spontanés (obs. 48, 1437);

16 accouchements à terme, dont 11 accouchements spontanés, 4 forceps (obs. 743, 1235, 1246, 1364), 1 césarienne (obs. 3155).

Enfants morts à la clinique : 2 (obs. 2810, 3155).

Enfants vivants : 16.

### g) Appendicite.

#### 16 Observations.

1° 8 cas avec appendicectomie pendant la gestation (obs. 913, 1758, 1966, 2134, 2213, 2219, 2677, 3123).

Dans l'observation 2213, il y a eu avortement au terme de trois mois et demi, la femme ayant été opérée au deuxième mois de sa grossesse.

Dans l'observation 913, il y a eu accouchement à terme, la femme ayant été opérée dix jours plus tôt, on fit une application de forceps pour éviter les efforts d'expulsion.

Dans les autres cas, l'intervention eut lieu dans les cinq premiers mois de la grossesse et il y eut toujours accouchement à terme.

2° 6 cas de crise d'appendicite pendant la gestation non opérée. Accouchement à terme. Suites de couches normales (obs. 953, 1087, 1522, 1695, 2194).

3° 2 cas de crise dans les suites de couches :

Obs. 208. — Accouchement normal. Délivrance normale. Au cours de la gestation quelques coliques sous-ombilicales avec léger état nauséeux. Crise d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée au 7<sup>e</sup> jour des suites de couches. Appendicectomie. Drainage du Douglas et de la fosse iliaque droite. Bonnes suites opératoires. Femme sortie 40 jours après l'intervention.

Obs. 1493. — Accouchement et délivrance normaux. Apyrexie complète jusqu'au 8<sup>e</sup> jour des suites de couches. Au 9<sup>e</sup> jour, frissons, élévation de température. Diagnostic de péritonite diffuse d'origine appendiculaire porté au 13<sup>e</sup> jour. Intervention : Appendicectomie. Drainage. Femme décédée au 15<sup>e</sup> jour.

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 1493).

h) Affections rénales.

1° Albuminurie antérieure à la gestation : 3 observations (obs. 563, 987, 2993).

Obs. 563. — Albuminurie légère et œdèmes depuis le début de la gestation, chez une femme ayant eu 3 mois avant le début de celle-ci une scarlatine compliquée d'albuminurie légère. Pyélonéphrite au 4<sup>e</sup> mois de la gestation. Accouchement à terme d'un enfant vivant pesant 3.270 gr. L'albuminurie persiste dans les suites de couches T. A. : 15 1/2-8.

OBS. 987. — Albuminurie constatée à l'âge de 10 ans, Permanente et variable d'un jour à l'autre (de 0 gr. 25 à 6 gr.). Sans aucun autre signe. Albuminurie suivie dès le début de la gestation, oscillant entre 0 gr. 50 et 0 gr. 25 et ayant disparu 1 mois 1/2 avant l'accouchement. Accouchement normal à terme d'un enfant pesant 3.300 gr. vivant.

OBS. 2993. — Scarlatine dans l'enfance compliquée d'une albuminurie qui n'a jamais disparu malgré le régime lacto-végétarien. Albuminurie durant toute la gestation avec œdèmes des malléoles. T. A. : 11,5-9. Accouchement normal, à terme, d'un enfant vivant pesant 3.700 gr.

2° *Néphrite chronique* : 4 observations (obs. 47, 1159, 2202, 2972).

OBS. 47. — Femme de 27 ans. Première gestation, il y a 9 ans, normale. Deuxième gestation, il y a 4 ans, crises d'éclampsie convulsive au 6<sup>e</sup> mois. Accouchement prématuré provoqué d'un fœtus mort. Garde de l'albumine pendant 8 mois. La céphalée persiste. Troisième gestation actuelle. Entre dans le service au début du 6<sup>e</sup> mois. Présentant de la céphalée, de l'amblyopie. T. A. : 23-16. Urée : 0 gr. 50. Albuminurie : 7 gr. Rétinite albuminurique bilatérale. Saignée de 530 gr. Après un séjour de 15 jours à la clinique la femme rentre chez elle, très améliorée par le régime : T. A. : 14-10. Pas d'albumine. Durant son séjour on a noté la disparition des bruits du cœur fœtal. La femme revient accoucher quelques jours plus tard d'un fœtus macéré de 310 gr. Placenta bourré d'infarctus, cupule d'hématome retro-placentaire possible non occupée par un caillot.

Dans les suites de couches, pas d'albumine. T. A. : 16 1/2-11 1/2. Urée : 0 gr. 22.

OBS. 1159. — Femme de 38 ans. Sur cinq gestations antérieures, 4 enfants morts-nés, 1 seul enfant vivant (deuxième gestation). Rien de particulier dans les antécédents pathologiques. Entre dans le service au 8<sup>e</sup> mois de la gestation actuelle. Etat de rétention fœtale de date indéterminée. Œdèmes des membres inférieurs. Albuminurie : 2 gr. Diurèse : moins d'un litre. Bruit de galop. T. A. : 17-10. Urée : 0 gr. 41. Constante d'Ambard : 0,142. Expulsion quelques jours après son entrée, d'un fœtus macéré de 2.010 gr. Placenta bourré d'infarctus anciens et récents. Suites de couches. L'albuminurie persiste malgré le régime hydro-lacté. Les œdèmes ont rétrogradé. T. A. : 13-10. Urée du sang : 0 gr. 40. Femme sortie au 11<sup>e</sup> jour.

OBS. 2202. — Femme de 29 ans. 1 avortement antérieur. Deuxième gestation actuelle. Entre dans le service, enceinte de 6 mois 1/2 pour œdèmes généralisés peu importants apparus depuis quelques jours. Aucun renseignement dans l'anamnèse. Albuminurie : 6 gr. T. A. : 16 1/2-11. Urée du sang : 0 gr. 34 (à 3 examens successifs). Constante d'Ambard : 0,219 et 0,108 à 2 examens successifs. Régime hydro-lacté strict. Les jours suivants, la tension augmentant T. A. : 22-12 et l'albuminurie restant stationnaire, on fait pendant 2 jours 2 petites saignées de 100 gr. Par la suite, la disparition des b. d. c. coïncide avec la baisse de l'albuminurie (2 gr. 50) et de la tension T. A. : 17 1/2-11. Expulsion, au terme de 7 mois 1/2 environ, d'un fœtus macéré

pesant 1.340 gr. Dans les suites de couches, persistance de l'albuminurie (1 gr. 50). T. A. : 16-10. Constante d'Amhard : 0,196. Femme sortie au 11<sup>e</sup> jour.

Obs. 2972. — Femme de 35 ans. Deux gestations antérieures à terme, 1 enfant vivant. Néphrite chronique hypertensive déjà ancienne chez une femme présentant des troubles endocriniens importants (modification des règles. Obésité : a grossi de 40 kilos en 10 ans. Pèse actuellement 90 kilos). Entre dans le service vers la fin du 7<sup>e</sup> mois en état de rétention fœtale (disparition de la perception des mouvements fœtaux depuis 15 jours environ). T. A. : 21-13 1/2. Albuminurie : 0 gr. 50. Urée : 0 gr. 37. Le régime et le repos ont fait rapidement baisser la T. A. : 18-12 et l'albuminurie (traces). Expulsion quelques jours après son entrée dans le service d'un fœtus macéré pesant 880 gr. Placenta bourré d'infarctus anciens. Suites de couches. T. A. : 13-9 1/2. Albuminurie? Sortie au 12<sup>e</sup> jour.

En résumé :

1° *Albuminurie* : 3 enfants à terme vivants.

2° *Néphrite chronique* : 4 rétentions fœtales.

Mortalité maternelle : 0.

### i) *Affections diverses.*

*Maladies infectieuses :*

*Grippe* : 3 observations (obs. 221, 714, 1751).

Obs. 221. — Grippe à la fin du 8<sup>e</sup> mois de la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois. Forceps pour signes de

souffrance fœtale. Enfant 2.530 gr. vivant. L'état grippal se prolonge dans les suites de couches. Sortie en bon état au 20<sup>e</sup> jour.

OBS. 714. — Femme à dilatation complète passée de Cochin où elle est soignée pour une grippe compliquée de broncho-pneumonie. La femme étant très dyspnéique on fait une application de forceps immédiate. Enfant mort-né. Décès au 2<sup>e</sup> jour des suites de couches. A l'autopsie, broncho-pneumonie bilatérale et pleurésie droite.

OBS. 1751. — Grippe sans complications dans les premiers mois de la grossesse. Rhumatisme articulaire aigu (obs. 2725). Au cours de la gestation. Pas de renseignements sur l'état du cœur. Accouchement à terme. Enfant 3.850 gr. vivant. Rougeole au 6<sup>e</sup> mois de la gestation (obs. 1599). Oreillons et varicelle au cours de la gestation (obs. 1176). Paludisme : Une cise isolée au 7<sup>e</sup> mois (obs. 2646). Zona au 7<sup>e</sup> mois de la gestation (obs. 2757).

*Diabète : 2 observations (obs. 166, 2703).*

OBS. 166. — Femme de 31 ans (deux gestations antérieures il y a 10 et 8 ans). 1 cas de diabète dans les antécédents familiaux. Diabète semblant avoir débuté il y a 5 ans. Constaté par un médecin avec ses troubles caractéristiques il y a 2 ans. La femme suit depuis un régime qui font disparaître les troubles. Gestation actuelle : au cours de laquelle on constate de la glycosurie associée vers la fin de la gestation à une albuminurie légère. Accouchement à terme d'un enfant vivant pesant 4.340 gr. Suites de couches apy-

rétiques. Persistance de la glycosurie. Disparition de l'albuminurie.

Obs. 2703. — Coma diabétique au 7<sup>e</sup> mois de la gestation. Secondipare de 33 ans. Rien de spécial dans les antécédents personnels. Première gestation il y a 2 ans au cours de laquelle 3 examens d'urines décèlent une glycosurie importante. Enfant mort 25 heures après le début du travail: Embryotomie. Gros enfant de 4.750 gr. Aucun régime n'a été suivi dans l'intervalle des 2 grossesses; un examen d'urines pratiqué dans cette intervalle avait décelé une glucosurie légère. Deuxième gestation actuelle. Entre dans le service, enceinte de 7 mois environ en proie à une orthopnée sine materia. Tombe dans le coma le lendemain après-midi. Glycosurie de 33 gr. par litre. Traitement insulinique intensif. Sort du coma le surlendemain matin. Régime. Traitement par l'insuline : en quelques jours l'état de la malade s'est amélioré. Dès son entrée à la clinique les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus. Accouchement au terme de 8 mois environ d'un fœtus macéré pesant 2.240 gr. Femme sortie au 15<sup>e</sup> jour des suites de couches n'ayant plus de sucre dans les urines.

*Maladie de Basedow* : 3 observations (obs. 1384, 1794, 2205).

Obs. 1384. — IV pare de 32 ans. Pendant l'enfance, goître et exophtalmie légers. Augmentation considérable du cou accompagnée de nervosité, tremblement, tachycardie, exophtalmie, 2 mois après son 2<sup>e</sup> accouchement (il y a 7 ans, par césarienne pour placenta præscia). Traite-

ment par l'hémotoéthyroïdine pendant 1 an. Amélioration qui se poursuit au cours de la troisième gestation (il y a 2 ans). 3 mois après l'accouchement, réapparition des signes. 5 séances de radiothérapie pénétrante il y 1 an. Amélioration qui se poursuit au cours de la quatrième gestation actuelle. Actuellement, bon état général, léger tremblement, tachycardie à 102. T. A. : 12 1/2-7. Accouchement à terme normal. Enfant 3.650 gr. vivant. S. d. c. Subfébriles. Sortie au 11<sup>e</sup> jour.

Obs. 1794. — Secondipare de 20 ans. Basedow fruste depuis l'âge de 11 ans avec seulement hypertrophie du corps thyroïde. Au moment de la puberté (à 15 ans), apparition de l'exophtalmie et du tremblement. Traitée pendant 2 ans par la radiothérapie, les signes se sont atténués et n'ont pas augmenté à l'occasion de la première gestation, non plus qu'au cours de la grossesse actuelle. Présente actuellement une légère exophtalmie. Pouls à 84. Pas de tremblement. T. A. : 11-6 1/2. Accouchement à terme normal. Enfant 3.100 gr. vivant. Suites de couches normales.

Obs. 2205. — Secondipare de 25 ans présentant un léger syndrome basedowien. Légère exophtalmie. Hypertrophie du corps thyroïde (absence de renseignements complémentaires). Accouchement normal à terme. Enfant vivant pesant 4.030 gr. Suites de couches normales.

#### *Maladies nerveuses :*

*Epilepsie* : 2 observations (obs. 383, 2706).

Obs. 383. — Femme de 36 ans, enceinte pour la 3<sup>e</sup> fois.

Les crises ont débuté après son 2<sup>e</sup> accouchement il y a 8 ans. B. W. négatif. Les crises avaient au cours des premières années un rapport assez net avec les menstruations survenant au début ou à la fin de celles-ci. Depuis 2 ans, les crises sont plus irrégulières. Pendant la gestation actuelle, les crises persistent, mais sont moins fréquentes. Accouchement à terme. Enfant 3.350 gr. vivant. 2 crises comitiales dans les suites de couches.

Obs. 2706. — Epilepsie depuis l'adolescence, 1 accouchement antérieur normal : enfant décédé à 4 ans. 1 crise tous les mois au cours de la gestation actuelle. Traitée pour syphilis. Accouchement à terme. Enfant 2.970 gr. vivant. Crise comitiale dans les suites de couches.

*Chorée* : 2 observations (obs. 1158, 1209).

Obs. 1158. — Femme de 23 ans. 1 accouchement à terme normal il y a 2 ans. Rien de spécial dans les antécédents. Quelques jours avant les dernières règles normales, apparition des troubles choréiques qui augmentent dans les premiers mois de la gestation. Traitée par 18 injections intra-veineuses (P). Amélioration, puis reprise des troubles au 5<sup>e</sup> mois. Non suivie dans la 2<sup>e</sup> moitié de la gestation. Accouchement à terme. Enfant 2.840 gr. vivant. Persistance de la chorée dans les suites de couches.

Obs. 1209. — Femme de 20 ans. Deuxième gestation actuelle à 7 ans, hémichorée gauche avec aphosie complète. Durée? A 11 ans, récurrence de chorée localisée à droite avec aphosie complète. Durée : 6 mois. Après cette récurrence,

apparition des règles à 18 ans. 1<sup>re</sup> grossesse : 15 jours après les dernières règles normales, récurrence de chorée avec atteinte de tous les muscles. Aphosie. Diplopie. Durée de la crise : 2 mois. De plus, albuminurie et hypertension au cours de la gestation. Accouchement prématuré à 7 mois. Deuxième gestation actuelle. Pas de récurrence de chorée au cours de la gestation. Au cours de la période d'expulsion, quelques mouvements choréiques discrets de la face et de la nuque. Accouchement à terme. Enfant 2.650 gr. vivant. Après l'accouchement, on constate de très rares mouvements choréiques de la face et de l'épaule gauche. Suites de couches normales.

A signaler 3 observations de chorée dans l'enfance sans récurrence au cours de la gestation (obs. 2370, 2421, 2765).

*Tétanie* (obs. 233).

Obs. 233. — Femme de 27 ans, à terme. 2 crises de tétanie pendant la période d'expulsion. Expulsion rapide d'un enfant de 3.100 gr. vivant. Suites de couches normales.

Paralysie faciale au septième mois de la gestation (obs. 1050).

*Maladies mentales* (obs. 2497).

Obs. 2497. — Troubles psychiques au cours de la deuxième gestation et de la cinquième gestation actuelle. Accouchement normal. Suites de couches normales.

A signaler 3 cas de folie puerpérale dans les suites

de couches (obs. 467, 2692, 3058). (Voir : Pathologie des suites de couches.)

*Affections urinaires* (obs. 471, 1974, 2188, 2372).

OBS. 471. — Récidive de cystite au cours de la gestation.

OBS. 1974. — Coliques néphrétiques au 8<sup>e</sup> mois de la gestation.

OBS. 2188. — Cystite dans les 3 premiers mois de la gestation.

OBS. 2372. — Pyélonéphrite avec phénomènes de cystite ayant débuté 1 mois avant la gestation et s'étant prolongée durant les premiers mois de celle-ci. Urines normales dans les 2 derniers mois.

*Affections articulaires* (obs. 397, 430, 1682).

OBS. 397. — Rhumatisme blennorragique polyarticulaire survenu vers la fin de la gestation et s'étant prolongé dans les suites de couches. Accouchement à terme. Enfant 2.750 gr. vivant.

OBS. 430. — Arthropathie du genou gauche ayant débuté dans les premiers mois de la gestation. Accouchement à terme. Enfant 2.800 gr. vivant. Bonnes suites de couches.

OBS. 1682. — Arthrite sacro-iliaque gauche, apparue au 6<sup>e</sup> mois de la gestation. Enfant à terme 3.330 gr. vivant. S. d. c. subfébriles.

*Ictère* par rétention, ayant débuté à la fin du huitième mois de la gestation (obs. 1008). Accouchement à huit mois et demi, enfant 2.760 gr. vivant.

*Phlébites* (obs. 301, 653, 1286, 3070).

OBS. 301. — Périphlébite du membre inférieur gauche présentant de volumineuses varices, au cours de la gestation. Menace de phlébite au moment de l'accouchement. Forceps à dilatation complète pour éviter les efforts d'expulsion. Enfant 3.480 gr. vivant. Semble avoir fait une phlébite dans les suites de couches (aucun renseignement à ce sujet sur l'observation). Sortie sur sa demande au 86<sup>e</sup> jour des s. d. c.

OBS. 653. — Au 5<sup>e</sup> mois de la gestation, angine diphtérique compliquée au 20<sup>e</sup> jour d'une phlébite du membre inférieur droit. Immobilisation pendant 65 jours. Petite embolie pulmonaire peu de jours après l'immobilisation. Accouchement à terme. Enfant 3.680 gr. vivant. Suites de couches. Phlébite du membre inférieur gauche au 5<sup>e</sup> jour. Sortie au 60<sup>e</sup> jour.

OBS. 1286. — Phlébite du membre inférieur gauche sur un membre atteint de périphlébite, au début de la gestation. Accouchement à terme. Enfant 4.090 gr. vivant. Suites de couches normales.

OBS. 3070. — Phlébite du membre inférieur droit au 7<sup>e</sup> mois de la gestation. Bonnes suites de couches.

*Abcès du sein* au cours de la gestation (obs. 693).

5° DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA  
D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

Observation 3110.

Obs. 3110. — I pare de 23 ans. Version pour présentation du siège effectuée à la fin du 8<sup>e</sup> mois de la gestation, le matin même. Hémorragie discontinue quelques heures après ayant cessé spontanément. Entre à la clinique dans l'après-midi présentant un début de travail. Urines normales. T. A. : 11-7. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus au bout de quelques heures. Rupture large des membranes à dilatation 5 fr., l'utérus présentant un état d'hy-pertonie assez marquée, 15 heures après le début du travail. Accouchement en O. P. 3 heures plus tard d'un enfant mort-né pesant 2.200 gr. Délivrance naturelle complète. Le placenta présente une cupule d'hématome rétro-placentaire occupée par un caillot. Suites de couches normales. Il semble que l'hématome retro-placentaire soit consécutif à la version par manœuvres externes.



## CHAPITRE V

---

### Complications de la parturition

---

#### 1° OBSTACLES AU NIVEAU DE LA VULVE ET DU VAGIN.

##### 4 Observations.

Obs. 1426. — Volumineux œdème de la vulve ayant nécessité une opération césarienne (voir ce chapitre).

Obs. 1503. — Femme de 40 ans. Première gestation : forceps. Enfant à terme pesant 4.800 gr. Déchirure de la paroi antérieure du vagin. Deuxième gestation actuelle. Bride vaginale, s'étendant de la partie antérieure et droite du col à l'angle gauche du vagin, découverte au 6<sup>e</sup> mois de la gestation. Rupture prématurée de la poche des eaux. Début du travail 9 heures plus tard. Dilatation lente du col. Section de la bride entre 2 ligatures à dilatation entre 2 et 5 fr., 19 heures après le début du travail. Accouchement 1 heure 1/2 plus tard d'un enfant à terme vivant pesant 3.670 gr. Délivrance naturelle complète. Suites de couches normales.

Obs. 1554. — Kyste de la paroi postérieure du vagin des dimensions d'une pièce de 5 francs, qu'on ne perçoit plus

après l'expulsion de l'enfant (probablement rompu).

Obs. 1730. — Primipare de 24 ans présentant une malformation vaginale constituée par une bride vaginale sagittale avec 2 cavités : gauche et droite. La cavité droite est borne et profonde de 3 <sup>cm</sup>. La cloison vaginale souple n'a pas constitué un obstacle à l'accouchement. Par contre, l'atrésie vaginale a nécessité une épisiotomie gauche. Enfant de 3.100 gr. vivant.

## 2° ANOMALIES DE LA DILATATION.

### 8 Observations.

#### a) *Œdème du col.*

Obs. 458. — Œdème mou du col. Dilatation stationnaire entre petite et grande paumes. Incisions du col et forceps. Enfant vivant.

Obs. 934. — Rupture précoce des membranes il y a 3 jours. Dilatation petite paume. Œdème dur du col. Tête engagée. Enfant mort. Basiotripsie après incision du col. Femme décédée au 12<sup>e</sup> jour des suites de couches.

Obs. 971. — Membranes rompues précocément à petite paume. Œdème mou de la lèvre antérieure du col. Dilatation petite paume. Tête élevée plongeant dans l'excavation au moment des contractions. Dilatation stationnaire pendant 12 heures environ. Accouchement après un travail de 25 heures d'un enfant de 3.100 gr. ranimé après 20 minutes de soins. Sortie au 14<sup>e</sup> jour des s. d. c.

OBS. 1232. — Œdème mou du col. Dilatation stationnaire à 5 fr. Signes de souffrance fœtale. Incisions du col et forceps. Enfant vivant.

OBS. 1678. — Œdème mou de la lèvre antérieure du col. Dilatation stationnaire à petite paume. Infection ovulaire. Signes de souffrance fœtale. Incisions du col et forceps. Enfant vivant.

OBS. 2071. — Rupture artificielle des membranes à dilatation complète tête fixée, faite en ville, 36 heures après le début du travail. Efforts d'expulsion pendant 2 heures, infructueux. Col revenu sur lui-même. Dilatation petite paume. Œdème du col. Tête fixée. Injection de 1/5<sup>e</sup> c.c. hypophyse. Entre dans le service 2 heures plus tard : utérus tétanisé. B. d. c. bons. Dans les heures qui suivent, l'œdème du col diminue et la dilatation se complète. 9 heures après l'entrée, dilatation complète. Tête à la partie moyenne de l'excavation. On termine par un forceps pour non progression de la tête après une attente de 2 heures. Enfant 2.700 gr. vivant. Délivrance naturelle complète.

OBS. 2772. — Rupture précoce des membranes depuis 30 heures au moins. Œdème de la lèvre antérieure du col. Dilatation stationnaire à petite paume. Enfant mort depuis 17 heures. Basiotripsie après incision du col.

#### En résumé :

2 incisions du col suivies de basiotripsie sur enfant mort au cours du travail (obs. 934, 2772);

3 incisions du col suivies de forceps (obs. 458, 1232, 1678);

1 forceps à dilatation complète (obs. 2071);

1 accouchement spontané;

5 enfants vivants.

Mortalité maternelle (obs. 934).

b) *Agglutination du col* :

OBS. 3006. — Femme de 39 ans. Première gestation en 1911. Accouchement d'un prématuré. Après cette gestation, métrite pour laquelle elle a été soignée (cautérisations du col). Deuxième gestation en 1926. Avortement de 5 mois. Curetage. Troisième gestation en 1929. Accouchement à terme. Enfant 4.500 gr. Quatrième gestation actuelle. Rupture prématurée des membranes. 6 jours après celle-ci, élévation thermique à 38°5. Pas de travail. Col utérin difficilement repéré en situation antérieure sous forme d'une petite saillie. Segment inférieur très aminci. Diagnostic d'agglutination du col. 1 gr. de quinine provoque l'entrée en travail. 3 heures après le début du travail, l'état du col n'ayant pas varié malgré les contractions utérines, on pratique au doigt une libération de l'orifice cervical par vrillage. Dilatation 2 fr. Travail assez long. Mauvaise qualité de la contraction utérine. Dilatation complète après un travail de 24 heures. Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour signes de souffrance fœtale. Enfant 2.700 gr. vivant. Délivrance normale. Femme ayant en outre une pyélonéphrite. Sortie sur sa demande au 11<sup>e</sup> jour des s. d. c.

### 3° ANOMALIES DE LA CONTRACTION.

#### 16 Observations.

Obs. 17. — I pare de 32 ans. Membranes rompues prématurément 8 heures avant le début du travail. Périodes de contractions utérines courtes alternant avec des périodes d'arrêt. Dilatation stationnaire depuis plus de 24 heures. Col souple non œdématié. Tête non engagée. Bassin normal. Infection ovulaire. Signes de souffrance fœtale. Opération de Portes, 48 heures après le début du travail. Enfant 3.880 gr. n'ayant pu être ranimé. Femme décédée au 6<sup>e</sup> jour.

Obs. 20. — I pare de 28 ans. Contractions utérines très irrégulières. Tête non engagée. Col dilaté comme 5 fr. avec œdème mou. Promontoire non atteint. Membranes rompues prématurément. Signes de souffrance fœtale. Début d'infection ovulaire. Césarienne basse. Enfant 3.370 gr. vivant. Bonnes suites opératoires.

Obs. 124. — I pare de 29 ans. Début du travail il y a 4 jours. Membranes rompues à une date indéterminée. Dilatation 5 fr. Col un peu épais. Tête élevée. Bassin normal. Liquide anuriotique purée de pois, non fétide. Infection ovulaire. T. : 38°2. Opération de Portes. Enfant 3.650 gr. Ranimé après 10 minutes de soins. Décédé à 3 jours. Bonnes suites opératoires.

Obs. 400. — Arrêt de la dilatation à dilatation presque complète. Incision du col et forceps. Enfant vivant. Bonnes suites de couches.

OBS. 491. — I pare de 32 ans, à terme. Entre dans le service 88 heures environ après le début du travail. Membranes vraisemblablement rompues précocément, les contractions ayant été plus ou moins énergiques jusqu'alors. Dilatation stationnaire à 2 fr. Tête engagée. Depuis l'entrée, contractions peu intenses. Dilatation n'ayant pas nettement progressé. Infection ovulaire au début. Signes de souffrance fœtale. Césarienne basse 6 heures environ après l'entrée. Enfant 3.500 gr. vivant. Bonnes suites opératoires.

OBS. 1565. — Femme de 19 ans. Première gestation : accouchement à terme. Enfant 3.700 gr. Deuxième gestation actuelle : rupture précoce des membranes au début du travail. Présentation du siège décomplété non engagée. Contractions utérines plus ou moins bonnes pendant 24 heures. Arrêt des contractions pendant 7 heures, puis reprise des contractions plus ou moins fréquentes, à la faveur desquelles la dilatation progresse un peu. Dilatation petite paume après environ 40 heures de travail. Administration de 1 c.c. de spasalgine en 2 fois. Arrêt complet des contractions pendant 12 heures, puis reprise. Dilatation complète. Accouchement d'un enfant pesant 4.130 gr. vivant. Durée totale du travail : 63 heures environ. Délivrance normale. Suivie 1 heure plus tard d'hémorragie (750 gr.) avec phénomènes de Shock. Suites de couches bonnes. Sortie au 12<sup>e</sup> jour.

OBS. 1571. — I pare de 34 ans. Rupture précoce des membranes. Dilatation lenticulaire. Utérus tendu et dur en permanence, sans aucun relâchement intermittent. B. d. c. non perçus. Excavation vide. Présentation élevée. Dilatation 2 fr. Col souple. Bassin normal. Début d'infec-

tion ovulaire. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie subtotale. Enfant 3.500 gr. mort-né. Phlébite double dans les s. d. c.

Obs. 1739. — I pare de 21 ans. Entre dans le service 3 heures après le début du travail. Tête engagée à la partie moyenne de l'excavation. Dilatation 2 fr. Travail relativement long, au cours duquel la femme ne présente pas des contractions utérines manifestes, cependant que la dilatation s'effectue lentement. Rupture des membranes à dilatation petite paume. Dilatation complète après un travail de 53 heures environ. La femme ne présentant aucun effort expulsif malgré la présence de la tête sur le plancher périméal, on termine par une application de forceps. Enfant 1:950 gr. vivant. Délivrance artificielle 1 heure plus tard pour hémorragie et non décollement du placenta. Suites de couches. Lymphangite des 2 seins. Sortie sur sa demande au 18<sup>e</sup> jour.

Obs. 1878. — I pare de 30 ans. Membranes rompues depuis 30 heures. Dilatation stationnaire à petite paume depuis 13 heures. Enfant mort. Début d'infection ovulaire. Basiotripsie sur tête engagée après incisions du col. Suites de couches fébriles les 15 premiers jours. Sortie en bon état au 26<sup>e</sup> jour.

Obs. 2609. — Femme de 35 ans. Obèse. Première gestation. Accouchement à terme. Enfant 5.800 gr. mort-né. Extrait par forceps. Durée du travail : 5 jours. Deuxième gestation actuelle. Rupture vraisemblablement prématurée des membranes. Présentation du siège décomplété très élevée, n'appuyant pas sur le col. Bassin normal. Durant les

22 premières heures du travail, contractions utérines plus ou moins espacées. Dilatation progressant lentement jusqu'à petite paume. Abstention opératoire par voie haute étant donnés l'obésité de la femme et l'état normal du bassin. Dans les heures qui suivent, les contractions deviennent plus rapprochées et plus fortes, la dilatation progresse franchement à grande paume, puis reste à nouveau stationnaire. Le siège est toujours élevé. B. d. c. bons. On termine par une extraction du siège à dilatation grande paume sous rachianesthésie. Durée totale du travail : 37 heures environ. Enfant 4.870 gr. mort-né. Délivrance normale. Bonnes suites de couches.

OBS. 2685. — I pare de 23 ans. Tête engagée en O.I.D.P. mal fléchie. Travail traînant. Contractions utérines plus ou moins fréquentes et peu intenses. Dilatation s'effectuant lentement. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète 86 heures après le début du travail. Près de 2 heures plus tard, forceps pour signes de souffrance fœtale. Enfant 3.360 gr. vivant. Hémorragie abondante au cours de la délivrance. Délivrance naturelle. Femme shockée. Transfusion de 400 gr. Femme décédée au 4<sup>e</sup> jour des suites de couches.

OBS. 2754. — I pare de 34 ans. Grossesse gémellaire. Rupture précoce des membranes à dilatation petite paume, 43 heures après le début du travail. Dilatation complète 4 heures 30 plus tard. Arrêt des contractions utérines. Extraction des 2 fœtus en siège complet après une attente de 2 heures. Enfants : 1.870 gr. vivant, 1.870 gr. décédé

à 30 jours. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta 2 heures après l'extraction. Suites de couches fébriles à la fin de la première semaine. Sortie en bon état au 33<sup>e</sup> jour.

Obs. 3055. — Femme de 22 ans. Première gestation. Avortement de 4 mois 1/2. Deuxième gestation. Rupture prématurée des membranes 32 heures avant le début du travail. Envoyée dans le service, en travail depuis 12 heures environ, après 2 injections d'hypophyse et 2 applications de forceps, en ville, infructueuses. Tête fixée au D. S. Dilatation grande paume. Bassin normal. Utérus se relâchant mal dans l'intervalle des contractions (ébauche de contraction). Contractions courtes, peu efficaces. Dilatation stationnaire. Environ 27 heures après le début du travail, incision de la lèvre postérieure du col. En quelques heures la tête s'engage et la dilatation se complète. Efforts expulsifs médiocres. On termine 2 heures après la dilatation complète par une application de forceps sur tête en O. I. D. P. Enfant 3.250 gr. décédé le lendemain de sa naissance. Délivrance naturelle complète. Suites de couches un peu fébriles les premiers jours.

Obs. 3119. — Dilatation stationnaire à petite paume. Tête à la partie haute de l'excavation. Incisions du col suivies une demi-heure plus tard d'une application de forceps pour signes de souffrance fœtale. Enfant 3.120 gr. vivant. Suites de couches fébriles. Sortie en bon état au 35<sup>e</sup> jour.

Obs. 3155. — I pare de 29 ans. Rétrécissement mitral bien compensé. 7 heures après le début du travail, tête

non engagée. Gros enfant. Dilatation environ -grande paume. Bassin normal. Poche des eaux hors de la vulve. Rupture artificielle de la poche des eaux. Incision de la lèvre antérieure du col 4 heures après celle-ci, la dilatation restant stationnaire et la tête toujours élevée. Dans les heures qui suivent, aucune modification. Contractions utérines espacées et peu efficaces. Œdème mou du col. Début d'infection ovulaire. Césarienne basse 16 heures 30 après le début du travail. Enfant 4.350 gr. BiP. : 10. Ranimé après 10 minutes de soins. Décédé à 26 jours. Mise en place d'un Mickulicz. Bonnes suites opératoires. Sortie au 27<sup>e</sup> jour.

Obs. 3156. — Dilatation stationnaire à petite paume. Tête engagée. Incision de la lèvre antérieure du col : la dilatation se complète en quelques heures. Inefficacité des contractions utérines au cours de l'expulsion. Forceps en O. I. G. A. sur tête profondément engagée. Enfant 3.210 gr. vivant. Suites de couches normales.

#### En résumé :

- 1 accouchement spontané (obs. 1565);
- 2 forceps (obs. 1739, 2685);
- 2 extractions du siège (obs. 2609, 2754 (2 jumeaux);
- 4 incisions du col suivies de forceps (obs. 400, 3055, 3119, 3156);
- 1 incision du col suivie de basiotripsie (obs. 1878);
- 3 césariennes basses (obs. 20, 491, 3155);
- 2 césariennes suivies d'extériorisation temporaire de l'utérus (obs. 17, 124);
- 1 césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 1571);

Enfants morts au cours du travail : 4 (obs. 17, 1571, 1878, 2609);

Enfants morts durant leur séjour à la clinique : 4 (obs. 124, 2754 (2° jumeau), 3055, 3155);

Enfants vivants : 9;

Mortalité maternelle (obs. 17, 2685).

#### 4° FEMMES OBÈSES.

##### II Observations.

Obs. 948. — Femme de 28 ans. 2 enfants à terme : 4.000 et 3.750 gr., aux précédentes grossesses. Pesant 90 kilos. Irrégulièrement réglée. Troisième gestation actuelle : accouchement à terme d'un enfant pesant 4.250 gr. vivant. Durée du travail : 14 heures. Délivrance normale. Suites de couches bonnes.

Obs. 980. — Femme de 34 ans pesant 100 kilos. Irrégulièrement réglée. Première gestation actuelle. Dilatation complète après un travail de 17 heures. Forceps en O. P. pour signes de souffrance fœtale. Enfant 3.300 gr. vivant. Délivrance normale. 1 accès de paludisme dans les suites de couches.

Obs. 1402. — Femme de 38 ans. Deux gestations antérieures, dont une gémellaire : enfants de poids moyen. Pesant 117 kilos (avant la gestation actuelle). Constitution de l'obésité entre les deux gestations et surtout après la deuxième gestation (il y a 12 ans). Régulièrement réglée.

Troisième gestation actuelle. Césarienne suivie d'hystérectomie pour infection ovulaire. Extraction de 2 enfants : le 1<sup>er</sup> pesant 3.100 gr., ranimé, mais décédé à 15 jours; le 2<sup>e</sup> pesant 3.100 gr. n'ayant pu être ranimé. La femme meurt au cours de l'hystérectomie.

OBS. 1770. — Femme de 34 ans. Pesant 114 kilos. 3 enfants de poids moyen à ses 3 précédentes grossesses. A surtout grossi entre sa troisième et sa quatrième gestation (depuis 6 ans). Régulièrement réglée. Quatrième gestation actuelle : accouchement et délivrance normaux. Travail rapide. Enfant 4.170 gr. Suites de couches normales.

OBS. 2077. — Femme de 25 ans. Adiposité marquée. Mal réglée. 1 enfant extrait par basiotripsie à la précédente grossesse. Deuxième gestation actuelle. Césarienne basse à dilatation petite paume après 41 heures de travail pour rétrécissement du bassin. Enfant 3.860 gr. vivant. Suites opératoires fébriles jusqu'au 14<sup>e</sup> jour. Sortie en bon état au 29<sup>e</sup> jour.

OBS. 2211. — Femme de 28 ans. Obèse. 1 enfant 3.000 gr. mort-né, 1 enfant 3.000 gr. extrait par forceps vivant, à ses 2 précédentes grossesses. Régulièrement réglée. Troisième gestation actuelle. Bassin aplati. P. s. p. : 10,5. Durée totale du travail : 26 heures 30. Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.600 gr. vivant. Délivrance normale. Bonnes suites de couches.

OBS. 2235. — Femme de 27 ans. Obèse. Régulièrement réglée. 1 enfant à terme 4.000 gr. mort-né extrait par

forceps à la précédente grossesse. Deuxième gestation actuelle. Accouchement spontané à terme. Enfant en présentation du siège complet. 3.570 gr. Ranimé. Durée du travail : 6 heures environ.

Obs. 2484. — Femme de 37 ans. Obèse. 4 gestations antérieures, dont une gémellaire. Accouchement de gros enfants (première gestation : 5.500 gr., dystocie des épaules, enfant mort-né; les autres accouchements sans incidents; enfants vivants). Cinquième gestation actuelle. Enfant mort au cours du travail. Basiotripsie. Dystocie des épaules. Extraction difficile. Enfant 4.220 gr. Aussitôt après l'extraction, shock. On constate une rupture utérine. Femme décédée peu après.

Obs. 2506. — Femme de 27 ans. Obèse. Régulièrement réglée. 1 avortement de 3 mois 1/2 antérieurement. Deuxième gestation actuelle. Césarienne basse 45 heures après le début du travail pour légère viciation pelvienne avec troubles de la contraction utérine et début d'infection ovulaire. Enfant 3.570 gr. vivant. Phlébite double avec infarctus pulmonaire dans les suites de couches. Sortie au 80<sup>e</sup> jour.

Obs. 2609. — Femme de 35 ans. Obèse. Régulièrement réglée. 1 enfant mort-né de 5.800 gr. extrait par forceps après un travail de 5 jours, à la précédente gestation. Deuxième gestation actuelle. Extraction du siège à dilatation grande paume sous rachianesthésie pour mauvaise qualité de la contraction. Enfant mort au cours de l'extraction, pesant 4.870 gr. Délivrance normale. Bonnes

suites de couches. (Voir anomalies de la contraction.)

Obs. 2972. — Femme de 35 ans, pesant 90 kilos. Mal réglée. Néphrite chronique hypertensive. 2 gestations antérieures à terme. 1 enfant vivant. Troisième gestation actuelle. Rétention fœtale. Expulsion du fœtus **macéré sans incidents**.

**En résumé :**

5 accouchements spontanés (obs. 948, 1770, 2211, 2235, 2972);

1 forceps (obs. 980);

1 extraction du siège (obs. 2609);

1 basiotripsie (obs. 2484);

2 césariennes basses (viciation pelvienne) (obs. 2077, 2506);

1 césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 1402 (gestation gémellaire);

1 enfant mort au cours de la gestation (obs. 2972 (néphrite chronique);

3 enfants morts au cours du travail (obs. 1402 (deuxième jumeau), 2484, 2609);

1 enfant mort à la clinique (obs. 1402 (premier jumeau);

Enfants vivants : 7.

Mortalité maternelle (obs. 1402, 2484).

## 5° PROCIDENCES.

### a) *Procubitus du cordon.*

#### 2 Observations.

Obs. 795. — Césarienne basse à dilatation 2 fr. pour viciation pelvienne. P. s. p. : 9,3 et procubitus du cordon. Extraction d'un enfant de 2.850 gr. vivant. Bonnes suites opératoires.

Obs. 2127. — Césarienne basse itérative pour malformation utérine avec présentation oblique et procubitus du cordon. Viciation pelvienne. P. s. p. : 10,7. Enfant 3.380 gr. Ranimé après 20 minutes de soins. Bonnes suites opératoires.

En résumé : 2 enfants vivants.

### b) *Procidence du cordon avec présentation céphalique.*

#### 8 Observations.

Obs. 673. — Présentation céphalique non engagée. Rupture spontanée de la poche des eaux à dilatation entre petite et grande paumes. Procidence du cordon et d'une main. Essai de réduction infructueux. B. d. c. : 0. Accouchement spontané quelques minutes plus tard d'un enfant mort-né pesant 2.350 gr. Suites de couches normales.

Obs. 757. — A l'entrée dans le service, membranes rompues. Dilatation 2 fr. Tête au-dessus du D. S. Procidence

du cordon qui bat lentement. Réduction manuelle à dilatation 5 fr. 2 heures après celle-ci les b. d. c. ne sont plus perçus. Accouchement peu après d'un enfant mort-né pesant 3.750 gr. Suites de couches normales.

OBS. 990. — Rupture précoce des membranes à dilatation entre 1 et 2 fr. Viciation pelvienne. P. s. p. : 10,3. Présentation céphalique élevée. Procidence du cordon dans le col constatée à dilatation 2 fr. Césarienne basse, les b. d. c. étant bons. Enfant 2.430 gr. Ranimé après 20 minutes de soins. Bonnes suites opératoires.

OBS. 1085. — Procidence du cordon à dilatation complète. Tête bien engagée. Accouchement 5 minutes après cette constatation. Enfant 3.090 gr. ranimé en quelques minutes. Suites de couches normales.

OBS. 1409. — Hémorragie du travail par insertion basse du placenta (type Marginal). Présentation céphalique non engagée. Rupture artificielle des membranes au début du travail, le col étant long et perméable, admettant 2 doigts. Peu après, à l'occasion de la reprise de l'hémorragie, on constate par le toucher une procidence du cordon qui ne bat plus. Arrêt définitif de l'hémorragie 1 heure 1/2 après le début du travail. Travail rapide (durée totale : 4 heures 50). Enfant 2.420 gr. mort-né. Délivrance naturelle. Insertion vélamenteuse du cordon. Lymphangite des 2 seins dans les s. d. c.

OBS. 1505. — Rupture prématurée des membranes. Procidence du cordon à dilatation 5 fr. Présentation céphalique non engagée. Sous anesthésie générale. Réduction de la

procidence. On constate que le cordon ne bat plus. Expulsion spontanée 4 heures plus tard d'un enfant mort-né pesant 2.810 gr. Suites de couches normales.

Obs. 1976. — Entre dans le service présentant une procidence du cordon avec tête au D. S. mobilisable. Dilatation 5 fr. Réduction impossible du cordon qui ne bat plus. Accouchement quelques heures plus tard d'un enfant mort-né pesant 3.130 gr. Suites de couches normales.

Obs. 2562. — Membranes rompues depuis quelques heures. Présentation céphalique élevée. Dilatation entre 5 fr. et petite paume. Procidence du cordon qui bat sur le côté droit et postérieur de la présentation. Procidence d'une main en avant et à droite de la présentation. Sous anesthésie générale, réduction manuelle du membre procident et du cordon. La réduction se maintient, bien que la tête reste élevée. Accouchement 1 heure après l'intervention d'un enfant vivant pesant 2.950 gr. Suites de couches normales.

En résumé : 8 observations.

4 enfants morts à la constatation de la procidence (obs. 673, 1409 (insertion basse), 1505, 1976).

4 enfants vivants à la constatation de la procidence (obs. 757, 990, 1085, 2562).

Parmi ces 4 cas :

1 fois on ne fit aucune intervention (obs. 1085, enfant vivant);

2 fois on fit une réduction manuelle : (obs. 757, enfant mort-né; obs. 2562, enfant vivant);

1 fois on fit une césarienne (obs. 990, enfant vivant);  
3 enfants vivants.

c) *Procidence du cordon avec présentation siège.*

6 Observations.

Obs. 418. — Rupture spontanée des membranes à dilatation grande paume. Siège complet fixé au D. S. Procidence du cordon qui bat. Extraction du siège après incision de la lèvre antérieure du col et double épisiotomie. Enfant vivant pesant 3.200 gr. Hémorragie après la délivrance. Revision utérine qui ne ramène aucun débris placentaire. Suites de couches. Lymphangite du sein.

Obs. 434. — Siège complet à la vulve. Procidence du cordon qui ne bat pas. Double épisiotomie. Extraction du siège. Enfant 2.850 gr. Né en état de mort apparente n'ayant pu être ranimé. Suites de couches normales.

Obs. 1049. — Siège complet profondément engagé. Dilatation complète. Procidence du cordon qui bat. Extraction du siège. Enfant vivant pesant 3.000 gr. Bonnes suites de couches.

Obs. 1492. — Rupture spontanée tempestive des membranes. Siège complet. Un pied apparaît à la vulve, accompagné d'un paquet de cordon qui ne bat pas. Extraction du siège. Enfant vivant pesant 3.350 gr.

Obs. 2598. — Observation perdue. Gémellaire. 1<sup>er</sup> fœtus

en présentation du siège. Procidence du cordon. Extraction du siège. Enfant 2,970 gr. vivant.

OBS. 3093. — A l'entrée à la clinique, anse du cordon à la vulve. Siège décomplété engagé. Dilatation grande paume. Cordon battant faiblement. Réduction imparfaite. Les b. d. c. disparaissent. Accouchement peu après d'un enfant de 3.000 gr. mort-né. Suites de couches normales.

En résumé :

Tous les enfants étaient vivants à la constatation de la procidence :

1 fois on ne fit aucune intervention (obs. 3093, enfant mort-né);

5 fois on fit une extraction du siège (obs. 418, 434, 1049, 1492, 2598);

4 enfants vivants;

1 enfant n'ayant pu être ranimé (obs. 434).

#### d) *Procidence du cordon*

*avec présentation transversale.*

#### 3 Observations.

OBS. 172. — Entrée à la clinique 41 heures après la rupture de la poche des eaux. Présentation transversale. Procidence du cordon. Dilatation petite paume. Enfant mort. T. : 38°3. Embryotomie cervicale. Bonnes suites de couches.

OBS. 1093. — Présentation transversale. Dilatation pratiquement complète. Procidence du cordon qui bat. Mem-

branes rompues depuis 1 heure. Utérus se relâchant bien entre les contractions. Version par manœuvres internes et extraction d'un enfant de 2.600 gr. Ranimé après 15 minutes de soins. Suites de couches normales.

OBS. 1140. — Entrée dans le service 8 heures après la rupture de la poche des eaux. Rétraction de l'utérus sur le fœtus en présentation transversale. Procidence du cordon qui ne bat pas. B. d. c. non perçus. Embryotomie cervicale. Bonnes suites de couches.

En résumé :

2 enfant morts à la constatation de la procidence.  
2 embryotomies.

1 enfant vivant à la constatation de la procidence, version par M.I. Enfant vivant.

#### e) *Latérocidence.*

##### 2 Observations.

OBS. 2018. — Latérocidence constatée à dilatation complète. Tête à la partie moyenne de l'excavation, au moment d'une application de forceps pour modifications des b. d. c. Extraction d'un enfant de 3.000 gr. vivant.

OBS. 2143. — Accouchement en O. S. Cordon expulsé en même temps que la tête. Enfant 2.690 gr. vivant.

En résumé :

2 enfants vivants.

f) *Procidence d'un membre*

a) Coexistant avec une procidence du cordon (obs. 673, 2562) (voir procidence avec présentation céphalique).

b) *Isolée* (2 observations).

OBS. 1015. — Tête profondément engagée; sur le côté droit de celle-ci un membre procident plaqué sur elle. Abstention de toute manœuvre du fait de l'engagement de la tête. Expulsion 2 heures après cette constatation d'un enfant de 3.230 gr. Ranimé après 20 minutes de soins. Suites de couches normales.

OBS. 2532. — Tentatives de version par manœuvres externes au début du travail pour siège incliné. Constata-tion après rupture artificielle tempestive des membranes de la procidence d'une main. Expulsion spontanée du siège après 1 heure 30 d'efforts expulsifs. Enfant 3.150 gr. vivant.

En résumé :

2 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 0.

6° VICIATIONS PELVIENNES.

1° *Bassins rachitiques* : 138 observations.

Nous diviserons ces bassins en 4 catégories :

a) *Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur à 9, 5 : 8 observations* (obs. 32, 39, 132, 795, 1106, 1583, 1691, 1932).

Résultats :

4 césariennes basses primitives (obs. 132, 795, 1106, 1691);

4 césariennes basses itératives (obs. 32, 39, 1583, 1932);

1 enfant mort au cours du travail (obs. 132);

7 enfants vivants;

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 1106).

b) *Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est compris entre 9, 5 et 10, 5 (y compris ces chiffres) :*

64 observations (obs. 2, 6, 10, 24, 25, 84, 117, 343, 368, 436, 690, 711, 723, 742, 768, 773, 820, 867, 917, 982, 990, 1034, 1240, 1303, 1473, 1612, 1674, 1690, 1727, 1745, 1834, 1917, 1971, 1991, 2031, 2077, 2078, 2113, 2130, 2161, 2197, 2211, 2236, 2249, 2261, 2284, 2379, 2399, 2463, 2515, 2553, 2666, 2715, 2742, 2758, 2760, 2840, 2868, 2871, 2970, 3001, 3042, 3070, 3128).

Résultats :

1 accouchement spontané d'un fœtus macéré (obs. 982);

2 accouchements prématurés spontanés (obs. 867, 2197);

21 accouchements à terme spontanés;

4 applications de forceps (obs. 773, 1612, 2249, 3070);

1 basiotripsie (obs. 690);

35 interventions abdominales :

- 24 césariennes basses primitives (obs. 6, 10, 24, 368, 711, 723, 742, 820, 990, 1034, 1303, 1674, 1690, 1991, 2077, 2078, 2463, 2553, 2666, 2760, 2868, 2970, 3001, 3128);
- 9 césariennes basses itératives (obs. 25, 768, 1745, 2284, 2399, 2515, 2742, 2758, 2840);
- 1 césarienne corporeale itérative (obs. 2715);
- 1 césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 1917);
- 1 enfant mort au cours de la gestation (obs. 982 (insertion basse et albuminurie);
- 2 enfants morts au cours du travail (obs. 690, 1612);
- 2 enfants morts à la clinique (obs. 2742, 3001);
- 59 enfants vivants;
- Mortalité maternelle : 3 cas (obs. 690, 1917, 2840).

c) *Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est supérieur à 10, 5* : 62 observations (obs. 40, 42, 192, 244, 255, 275, 281, 367, 372, 466, 477, 525, 632, 694, 709, 730, 745, 746, 759, 822, 943, 995, 996, 1040, 1096, 1150, 1332, 1370, 1441, 1449, 1556, 1661, 1729, 1775, 1819, 1867, 1881, 1926, 1941, 1957, 2039, 2073, 2110, 2140, 2144, 2205, 2259, 2455, 2462, 2480, 2506, 2529, 2580, 2582, 2613, 2727, 2797, 2977, 2988, 3005, 3051, 3105).

#### Résultats :

- 3 accouchements prématurés spontanés (obs. 1556, 2073, 3051);
- 37 accouchements à terme spontanés;

5 applications de forceps (obs. 1926, 1957, 2039, 2140, 3005);

17 interventions abdominales.

11 césariennes basses primitives (obs. 255, 367, 372, 730, 759, 995, 1040, 1775, 2506, 2582, 3105);

3 césariennes basses itératives (obs. 477, 822, 1441);

1 césarienne corporeale itérative (obs. 943);

2 césariennes suivies d'hystérectomie (obs. 709, 2529);

3 enfants morts au cours du travail (obs. 1661, 2140, 2580);

3 enfants morts à la clinique (obs. 244, 709, 822);

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 372).

d) *Bassins rétrécis dont la mensuration a été impossible du fait de la situation de la tête bloquée au D. S. ou du fait de l'atrésie des parties molles* : 4 observations (obs. 2051, 2057, 2779, 3088).

4 interventions abdominales :

2 césariennes basses primitives (obs. 2057, 2779);

2 opérations de Portes (obs. 2051, 3088);

1 enfant mort au cours du travail (obs. 3088);

3 enfants vivants;

Mortalité maternelle : 0.

2° *Luxations congénitales de la hanche* (19 observations).

Dont 9 bilatérales (obs. 81, 185, 749, 1240, 1591, 2221, 2452, 2622, 2791).

10 unilatérales :

2 unilatérales droites (obs. 1762, 3166);

8 unilatérales gauches (obs. 768, 899, 1441, 1799, 1942, 2396, 3074, 3111).

3 observations avec rachitisme surajouté (obs. 768, 1240, 1441).

Dans 2 cas (768, 1441), on fit une césarienne basse itérative, 2 enfants vivants.

Dans 1 cas (1240), il y eut accouchement spontané à terme.

Dans les 16 autres observations, il y eut accouchement spontané à terme. Enfants vivants.

En résumé :

19 observations.

19 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 0.

3° *Coxalgie* : 7 observations :

5 unilatérales droites (obs. 684, 1573, 1653, 2335, 3019);

2 unilatérales gauches (obs. 820, 2151);

1 observation avec rachitisme surajouté (obs. 820), dans ce cas on fit une césarienne basse primitive. Enfant vivant.

Dans un cas (obs. 1573, femme syphilitique), il y eut accouchement d'un macéré.

Dans les autres cas, l'accouchement eut lieu à terme et fut spontané. Enfants vivants.

En résumé :

7 observations;

6 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 0.

4° *Bassins divers* :

(a) Bassins rétrécis transversalement (2 observations) (obs. 2539 (voir césariennes basses primitives), obs. 2651 (accouchement à terme). Enfant vivant extrait par forceps.

b) Bassins rétrécis transversalement avec rachitisme surajouté (3 observations) : obs. 1449 (accouchement spontané à terme, enfant vivant); obs. 1729 (accouchement spontané à terme, enfant vivant); obs. 3105 (voir césariennes basses primitives).

c) Bassin rétréci au détroit inférieur (obs. 883 (voir césariennes basses primitives).

d) Bassin asymétrique par paralysie infantile avec rachitisme surajouté (obs. 1690 (voir césariennes basses primitives).

e) Bassin scoliotique (obs. 2418 (scoliose dorsale inférieure à convexité droite avec courbure compensatrice

lomulaire. Le bassin n'a pu être examiné, la tête étant engagée. Le détroit inférieur paraît normal. Accouchement à terme enfant 2.930 gr. vivant).

### 7° DÉCHIRURES IMPORTANTES DU PÉRINÉE.

#### 13 Observations.

4 observations avec atteinte partielle du sphincter (obs. 156, 334, 1102, 3026).

5 observations avec sphincter sectionné (obs. 148, 232, 2695, 2804, 3219).

4 observations avec sphincter sectionné et déchirure de la cloison recto-vaginale (obs. 49, 536, 1947, 2177).

Parmi ces femmes :

12 étaient des primipares;

1 était secundipare et avait une périnée cicatriciel (obs. 334).

5 déchirures après accouchement spontané par le sommet (obs. 49, 148, 156, 334, 2695).

7 déchirures après application de forceps (obs. 232, 536, 1102, 1947, 2177, 2804, 3219).

1 déchirure après accouchement spontané par le siège décomplété (obs. 3026).

3 périnées repris (obs. 1947, 2177, 3026).

3 périnées non repris (obs. 49, 536, 2695).

Résultats non signalés sur l'observation : 7.

### 8° RUPTURE UTÉRINE.

OBS. 2484. — Basiotripsie sur tête au D. S. Dystocie des épaules. Grosse difficulté d'abaissement des bras. Extraction d'un enfant de 4.220 gr. Aussitôt après celle-ci, shock de la femme. Pouls filant. Constatation de la rupture utérine. Femme décédée quelques minutes plus tard. (Voir basiotripsie et femmes obèses.)

## CHAPITRE VI

---

### Complications de la délivrance

---

#### *Hémorragies de la délivrance.*

90 Observations.

1° 57 observations d'hémorragie avant la délivrance (obs. 96, 185, 200, 203, 321, 385, 453, 567, 579, 678, 805, 840, 884, 905, 968, 1022, 1023, 1111, 1124, 1135, 1236, 1305, 1314, 1364, 1375, 1430, 1437, 1472, 1519, 1555, 1616, 1672, 1739, 1860, 1875, 2043, 2129, 2143, 2150, 2160, 2183, 2254, 2306, 2454, 2503, 2519, 2556, 2620, 2635, 2667, 2685, 2679, 2755, 2794, 2857, 3009, 3084).

— Parmi ces 57 observations, on note :

5 observations de gestation gémellaire (obs. 1111, 1430, 2160, 2254, 3084);

7 observations dans lesquelles il existait une insertion basse du placenta (obs. 805, 884, 1236, 1305, 2454, 2620, 2667);

1 observation dans laquelle existait une malformation utérine (obs. 1022).

- 6 interventions ayant nécessité l'anesthésie générale
- 5 applications de forceps (obs. 1375, 1739, 1860, 2150, 2685);
- 1 version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule (obs. 2503);
- 1 application de forceps sans anesthésie (obs. 1364).

Dans 40 cas, on fit une délivrance artificielle (voir ce chapitre).

Dans 1 cas, on fit une transfusion sanguine (obs. 2685).

2 infections puerpérales légères dans les suites de couches (obs. 1111, 1124).

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 2685 (voir infection puerpérale).

2° 26 observations d'hémorragie après la délivrance (obs. 145, 377, 383, 409, 418, 480, 564, 616, 649, 831, 913, 931, 934, 998, 1250, 1275, 1565, 1682, 1755 *bis*, 1768, 2285, 2472, 2727, 2814, 2887, 3006).

Parmi ces 26 observations, on note :

- 1 observation de gestation gémellaire (obs. 998);
- 3 observations dans lesquelles il existait une insertion basse du placenta (obs. 831, 913, 998);
- 1 observation dans laquelle il existait une malformation utérine (obs. 2727);
- 5 interventions ayant nécessité l'anesthésie générale :

4 applications de forceps (obs. 1250, 1768, 2285, 3006);

1 basiotripsie précédée d'incision du col (obs. 934).

Dans 3 cas, on fit une révision utérine (obs. 418, 1250, 1682).

Dans 2 cas, on fit une transfusion sanguine (obs. 998, 1682).

1 infection puerpérale grave (obs. 934).

Mortalité maternelle : 2 cas (obs. 934 (voir infection puerpérale), 998 (voir grossesses gémellaires).

3° 7 observations d'hémorragie avant et après la délivrance (obs. 839, 1161, 1582, 1678, 2178, 2767, 3131).

Parmi ces 7 observations, on note :

2 intervention ayant nécessité l'anesthésie générale.

OBS. 1678. — Incisions du col suivies d'application de forceps.

OBS. 2178. — Application de forceps.

**On n'eut à intervenir que dans 1 cas.**

OBS. 3131. — Hémorragie se prolongeant dans les suites de couches. Infection puerpérale au 5<sup>e</sup> jour. Diagnostic de rétention placentaire porté au 10<sup>e</sup> jour. Hystérectomie subtotal. Femme sortie en bon état au 40<sup>e</sup> jour. (Voir infection puerpérale et hystérectomies.)

Mortalité maternelle : 0.

## CHAPITRE VII

---

### Opérations

---

#### 1° GESTATION

##### a) *Interruption de la grossesse.*

##### 8 Observations.

6 cas d'interruption avant six mois (obs. 527, 2164, 2935, 3027, 3035, 3094 bis).

2 cas d'interruption après six mois (obs. 718, 802).

OBS. 527. — Voir *Pyélonéphrites graves*.

OBS. 718. — Voir *Hydramnios aigu*. Enfant de 2.850 gr. vivant.

OBS. 802. — Voir *Pyélonéphrites graves*.

OBS. 2164. — Voir *Vomissements graves*.

OBS. 2935. — Voir *Albuminurie de la gestation*.

OBS. 3027. — Femme de 32 ans. Première gestation actuelle. Enceinte de 3 mois 1/2 environ. *Tuberculose*

*ancienne*, dont le début avec grosses lésions du poumon gauche remonte à 1922. Pneumothorax gauche institué en 1923, abandonné par la suite en raison d'une réaction liquidienne importante. L'impossibilité d'un traitement efficace par le P. A., d'autre part l'amélioration lente et progressive de la malade qui n'a fait aucune poussée évolutive depuis 8 ans (actuellement B. K. dans les crachats) militent en faveur d'une interruption de gestation. Avortement thérapeutique par pose d'une laminaire n° 28, puis d'un ballon de 100 c.c. Femme partie chez elle au 11<sup>e</sup> jour des suites de couches.

Obs. 3035. — Voir *Vomissements graves*.

Obs. 3094 *bis*. — Femme de 24 ans. Enceinte de 2 mois 1/2 environ. Début de la *tuberculose pulmonaire* en 1924. Pneumothorax artificiel droit interrompu au bout de 2 ans pour guérison. 3 grossesses successives en 1927-28-29, bien supportées. Rechute en novembre 1930 : lésion apicale gauche. P. A. gauche inefficace. Aggravation de l'état général et de l'état pulmonaire depuis le début de la grossesse actuelle (B. K. dans les crachats). Avortement thérapeutique après pose de lamineuses par curage digital. Femme partie chez elle au 12<sup>e</sup> jour des suites de couches.

En résumé :

6 femmes vivantes dont 1 (obs. 802) dirigée sur l'hôpital Claude Bernard pour érysipèle de la face.

2 femmes mortes (obs. 2164, 3035):

b) *Opérations chirurgicales au cours de la gestation.*

1° *Appendicectomy* (voir chapitre : Appendicite).

2° *Kystes de l'ovaire* (3 observations) :

a) 1 kyste du parovaire opéré au cours de la gestation :

Obs. 503. — Femme de 36 ans. 2 gestations antérieures normales en 1917 et 1919. Augmentation lente et progressive de l'abdomen depuis 5 ans. Troubles de la menstruation depuis 2 ans. Gestation actuelle : hémorragie abondante, indolente au 1<sup>er</sup> mois. Gêne abdominale. Malaises. Fatigue générale. Disproportion entre le volume du ventre et l'âge de la grossesse. Entre dans le service à la fin du 7<sup>e</sup> mois. On met en évidence la présence de 2 masses : l'une inférieure et médiane, l'utérus gravide; l'autre supérieure, située dans l'hypocondre droit. Intervention à 7 mois 1/2 environ. Il s'agit d'un kyste du parovaire droit qui n'affecte aucun rapport immédiat avec l'ovaire normal. Ablation du kyste. Entrée en travail 40 heures après l'intervention. Durée du travail : 4 heures. Forceps à dilatation complète pour éviter les efforts expulsifs. Enfant 2.820 gr. vivant. Bonnes suites de couches. Sortie au 20<sup>e</sup> jour.

b) 1 kyste de l'ovaire opéré au cours de la gestation :

Obs. 2930. — Femme de 21 ans. Première gestation actuelle bien supportée jusqu'au 6<sup>e</sup> mois. Puis augmentation anormale assez rapide du volume de l'abdomen. Inter-

vention à la fin du 8<sup>e</sup> mois en raison : 1<sup>o</sup> du volume considérable de l'abdomen faisant craindre, lorsque l'utérus sera complètement développé, des troubles de compression cardio-pulmonaire; 2<sup>o</sup> de la situation anormale du fœtus que la radioscopie a montré perpendiculaire à la colonne vertébrale, la tête en contact avec la colonne lombaire. Ablation du kyste (contenant environ 15 litres de liquide filant) sans hystérotomie. La femme entre en travail 66 heures après l'intervention. Forceps pour éviter tout effort expulsif. Enfant 2.680 gr. vivant. Délivrance naturelle complète. Infarctus pulmonaire, le lendemain de l'accouchement. Femme décédée au 14<sup>e</sup> jour. (Voir affections pulmonaires des suites de couches.)

c) 1 kyste proëvia du parovaire droit n'ayant jamais fait souffrir la femme.

Obs. 1328. — Césarienne basse et ablation du kyste. Enfant vivant. Bonnes suites opératoires. (Voir césariennes basses primitives.)

3<sup>o</sup> 2 observations de néphrectomie au cours de la gestation.

Obs. 1471. — Femme de 25 ans. Première gestation en 1928 sans incidents. Deuxième gestation en 1929. Evolution normale jusqu'au 9<sup>e</sup> mois. Au 9<sup>e</sup> mois, douleurs lombaires droites continues avec paroxysmes, améliorées par le repos, sans troubles urinaires. Enfant à terme. Période d'accalmie sans douleur après l'accouchement et pendant 7 mois (jusqu'en septembre 1930). A cette date, reprise des

douleurs lombaires et apparition des troubles urinaires avec température autour de 38°. La femme commence ainsi sa troisième gestation actuelle (dernières règles en octobre 1930). Une radiographie montre l'existence d'un énorme calcul du rein droit. Les épreuves cliniques montrent une grosse diminution de la valeur fonctionnelle du rein droit. Néphrectomie droite au 2° mois de la gestation. Bonnes suites opératoires. Au 7° mois de la gestation : Urée du sang : 0 gr. 23. Constante d'Ambard : 0,092. Pus dans les urines. Pollakiurie. Température normale. Accouchement normal au terme de 8 mois d'un enfant pesant 3.450 gr. vivant. Suites de couches apyrétiques.

Oes. 2622. — Femme de 35 ans. Luxation congénitale double de la hanche. Néphrectomie droite au 5° mois de la troisième gestation actuelle pour hydronéphrose droite (du volume d'une tête d'enfant) diagnostiquée en 1923 à l'occasion de sa deuxième gestation et ayant évolué depuis de façon presque indolore. Au 8° mois de la gestation actuelle. Urée du sang : 0,32. Constante d'Ambard : 0,088. Accouchement à terme d'un enfant pesant 2.620 gr. vivant.

4° 1 observation de la parotomie au deuxième mois de la gestation (voir obs. 2502, gestations ectopiques).

## 2° PARTURITION

a) *Application de forceps sur le sommet* : 193 observations.

1° A la partie haute de l'excavation : 7 observations (obs. 385, 607, 1021, 1435, 2140, 2158, 2296).

6 enfants vivants.

1 enfant mort au cours du travail : obs. 2140.

Indications :

Dans 1 cas (obs. 2140), pour infection ovulaire;

Dans les autres cas, pour souffrance fœtale ou lenteur de l'expulsion;

Opération complémentaire (obs. 607 (incisions du col)).

Mortalité maternelle : 0.

2° A la partie moyenne de l'excavation : 106 observations (obs. 33, 78, 200, 221, 232, 280, 289, 301, 350, 400, 458, 503, 523, 530, 536, 546, 575, 605, 612, 675, 743, 752, 774, 842, 892, 907, 913, 926, 972, 1186, 1218, 1232, 1250, 1284, 1335, 1351, 1355, 1364, 1375, 1388, 1396, 1434, 1442, 1468, 1477, 1535, 1543, 1587, 1612, 1620, 1626, 1659, 1678, 1687, 1750, 1773, 1791, 1812, 1826, 1845, 1849, 1860, 1875, 1887, 1888, 1891, 1899, 1913, 1928, 1957, 1963, 2018, 2070, 2087, 2150, 2160, 2249, 2285, 2330, 2348, 2369, 2380, 2395, 2401, 2426, 2546, 2619, 2651, 2661, 2664, 2681, 2683, 2685, 2735, 2776, 2804, 2832, 2839, 3005, 3006, 3055, 3070, 3119, 3156, 3200, 3219).

1 enfant mort au cours de la gestation (obs. 530).

8 enfants morts au cours du travail (obs. 926, 1587, 1612, 1826, 2285, 2426, 2664, 2832).

1 enfant mort à la clinique (obs. 3055).

96 enfants vivants.

Indications :

Dans 1 cas, pour anomalie de la dilatation (obs. 458).

Dans 9 cas, pour l'état pathologique de la mère (obs. 78 (éclampsie), obs. 301 (menace de phlébite), obs. 743, 1364 (cardiopathie), obs. 575, 1899, 1913 (tuberculose pulmonaire), obs. 2832, 3070 (fatigue maternelle).

Dans 2 cas, pour éviter les efforts d'expulsion après une intervention abdominale récente (obs. 503 (ablation d'un kyste du parovaire droit), obs. 913 (appendicectomie).

Dans les autres cas, pour souffrance fœtale ou lenteur d'expulsion.

Opérations complémentaires : 8 fois l'application de forceps a été précédée d'incisions du col (obs. 400, 458, 926, 1232, 1678, 3055, 3119, 3156),

Complications :

a) Chez la mère : 4 déchirures complètes du périnée (obs. 232, 536, 2804, 3219);

b) Chez l'enfant : 2 paralysies faciales droites (obs. 1928, 1957).

2 cas de phlébite dans les suites de couches (obs. 301, 842) :

1 infection puerpérale légère (obs. 2804);

1 infection puerpérale grave (obs. 2685);

Mortalité maternelle : 2 cas (obs. 575 (tuberculose pulmonaire), obs. 2685 (infection puerpérale).

3° A la partie basse de l'excavation : 80 observations (obs. 7, 8, 15, 98, 143, 147, 187, 213, 445, 551, 668, 714, 741, 747, 773, 805, 826, 830, 873, 910, 980, 1027, 1096, 1102, 1153, 1154, 1164, 1167, 1203, 1210, 1223, 1235, 1246, 1307, 1400, 1431, 1432, 1453, 1525, 1557, 1563, 1567, 1615, 1676, 1686, 1713, 1739, 1768, 1802, 1823, 1837, 1858, 1918, 1926, 1947, 1956, 1990, 2015, 2027, 2039, 2071, 2086, 2095, 2177, 2178, 2193, 2212, 2241, 2357, 2432, 2440, 2449, 2505, 2634, 2789, 2930, 3079, 3124, 3142, 3149).

3 enfants morts au cours du travail (obs. 714, 1858, 2505).

2 enfants morts à la clinique (obs. 551, 1713).

75 enfants vivants.

#### Indications :

Dans 12 cas, pour l'état pathologique de la mère (obs. 714 (broncho-pneumonie), obs. 1235, 1246 (cardiopathie), obs. 213, 668, 1167, 1210, 1686, 2095, 2241, 3079 (tuberculose pulmonaire), obs. 2086 (fatigue maternelle).

Dans 1 cas, pour éviter les efforts expulsifs après une intervention abdominale récente (obs. 2930 (ablation d'un kyste de l'ovaire droit);

Dans les autres cas, pour souffrance fœtale ou lenteur de l'expulsion.

#### Complications :

3 déchirures complètes du périnée (obs. 1102, 1947, 2177);

1 infection puerpérale légère (obs. 1102);

Mortalité maternelle : 4 cas (obs. 714 (broncho-pneumonie grippale), obs. 1210, 2241 (tuberculose pulmonaire), obs. 2930 (pleurésie purulente et abcès du poumon dans les suites de couches).

b) *Versions par manœuvres internes.*

12 Observations.

Indications :

1° Pour présentation de l'épaule (voir ce chapitre) :  
11 observations (obs. 70, 129, 240, 751, 1093, 1288, 1769, 2160, 2429, 2503, 2989).

Dans tous ces cas, la version a été suivie d'extraction du siège :

1 enfant mort au cours de la gestation (obs. 129);

1 enfant mort au cours de l'extraction (obs. 2429 femme syphilitique);

9 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 0.

2° Pour persistance de l'hémorragie par insertion basse du placenta, malgré la rupture large des membranes : 1 observation (obs. 1581 (voir insertion basse du placenta.)) Enfant mort au cours du travail. Version non suivie d'extraction.

Mortalité maternelle : 0.

c) *Basiotripsies sur le sommet.*

9 Observations.

Obs. 198. — Primipare de 31 ans. Entre dans le service à dilatation presque complète. Enfant mort. Membranes rompues précocement depuis 24 heures avec arrêt du travail. Infection ovulaire et physométrie. Basiotripsie sur sommet à la partie moyenne de l'excavation. Fœtus macéré de 4.850 gr. (Femme ayant de l'albumine dans les urines au moment de son entrée dans le service. Placenta présentant de nombreux infarctus). Bonnes suites de couches. Sortie au 24<sup>e</sup> jour.

Obs. 690. — Primipare de 31 ans. Membranes rompues précocement depuis quelques heures. Dilatation 2 francs. Œdème mou du col. Présentation céphalique élevée. Promontoire accessible à 10,5. Enfant mort. Infection ovulaire. Basiotripsie après incisions antérieure et postérieure du col. Enfant 3.210 gr. Suites de couches. Septicémie puerpérale. Hémoculture positive. Sérum antistreptococcique de Vincent. Femme décédée au 8<sup>e</sup> jour.

Obs. 934. — I pare de 31 ans. Albumine à l'entrée. Rupture précoce des membranes il y a 3 jours. Dilatation petite paume. Œdème dur du col. Enfant mort. Infection ovulaire et physométrie. Basiotripsie sur tête engagée après incision de la lèvre antérieure du col. Enfant 4.750 gr. Suites de couches. Septicémie puerpérale. Hémoculture positive. Sérum de Vincent. Immuno-transfusion. Double phlébite des membres inférieurs au 13<sup>e</sup> jour. Phlegmon

diffus de l'avant-bras gauche incisé au 30<sup>e</sup> jour. Femme décédée au 32<sup>e</sup> jour.

OBS. 1418. — I pare de 23 ans. Rupture précoce des membranes. Enfant mort depuis 3 heures. Dilatation presque complète. Début d'infection ovulaire. Basiotripsie sur tête engagée. Enfant 3.050 gr. Femme sortie au 15<sup>e</sup> jour des suites de couches.

OBS. 1878. — I pare de 30 ans. Membranes rompues depuis 30 heures. Dilatation stationnaire à petite paume depuis 13 heures. Enfant mort. Début d'infection ovulaire. Basiotripsie après incisions antérieure et postérieure du col sur tête engagée. Enfant 2.630 gr. Suites de couches **fébriles** les 15 premiers jours. Hémoculture négative. Sortie au 26<sup>e</sup> jour en bon état.

OBS. 2484. — Femme obèse. V paré, 37 ans. Gros enfants lors des accouchements antérieurs. Rupture précoce des membranes. 4 applications de forceps sur tête élevée, en ville, infructueuses. Enfant mort. Basiotripsie sur tête au D. S. Extraction de la tête relativement facile. Dystocie des épaules retenues au D. S. Après de multiples essais on abaisse avec beaucoup de difficulté le bras postérieur. Extraction du fœtus pesant 4220 gr. Aussitôt après l'extraction, shock, pouls filant : on constate une rupture utérine. Décès de la femme peu après.

OBS. 2772. — I pare de 40 ans. Rupture précoce des membranes depuis 30 heures au moins. Dilatation stationnaire à petite paume. Œdème de la lèvre antérieure du col. Enfant mort depuis 17 heures. T. : 37°9. Basiotripsie après incision

de la lèvre antérieure du col sur tête à la partie haute de l'excavation. Enfant 3.000 gr. Bonnes suites de couches. Sortie au 17<sup>e</sup> jour.

OBS. 3176. — I pare de 24 ans. Enfant mort au cours du travail (depuis quelques heures). Rupture artificielle des membranes à dilatation complète, tête à la partie haute de l'excavation. Douleurs très espacées. Efforts expulsifs insuffisants. Perforation du crâne aux ciseaux au niveau de la suture sagittale suivie d'une application de forceps infructueuse. Basiotripsie. Enfant 4.050 gr. Délivrance artificielle pour phénomènes de shock. Bonnes suites de couches. Sortie au 12<sup>e</sup> jour.

OBS. 3206. — I pare de 22 ans. Fœtus hydrocéphale. 14 heures après la rupture prématurée des membranes, alors que la femme n'est pas encore franchement en travail, la tête étant appliquée au D. S., le col perméable à 2 doigts, on fait sous anesthésie générale une perforation du crâne au trocart. Issue d'un litre de liquide céphalo-rachidien. Peu après, début net du travail. 20 heures après le début du travail, la femme étant très fatiguée, on termine l'accouchement par une basiotripsie à dilatation presque complète sur tête engagée. Enfant 3.470 gr. Bonnes suites de couches. Sortie au 16<sup>e</sup> jour.

Mortalité maternelle : 3 cas (obs. 690, 934, 2484).

d) *Embryotomies rachidiennes.*

3 Observations.

OBS. 172. — Présentation transversale. Enfant mort (voir présentation de l'épaule). Embryotomie cervicale à l'aide de l'embryotome de Ribemont-Dessaignes. Extraction aisée du tronc. Extraction aisée de la tête, à dilatation devenue complète, en accrochant le maxillaire inférieur. Très légère déchirure du col entre 6 et 7 heures. Enfant de 2.500 gr. Suites de couches normales.

OBS. 1140. — Présentation transversale. Enfant mort (voir présentation de l'épaule). Embryotomie cervicale à l'aide de l'embryotome de Ribemont-Dessaignes. Section du cou à sa base : la scie ayant cédé, on termine la section aux ciseaux de Dubois. Enfant de 2.400 gr. Périnée et col intacts. Bonnes suites de couches.

OBS. 1626. — Primipare de 28 ans. Au terme de 8 mois 1/2. Albumine à l'entrée. Accouchement gémellaire. Expulsion du 1<sup>er</sup> fœtus macéré en présentation du siège complet. Arrêt de la tête dernière par la tête du 2<sup>e</sup> fœtus vivant engagée dans l'excavation. Embryotomie cervicale aux ciseaux sur le fœtus macéré. Refoulement de la tête du macéré dans la cavité utérine. Rupture artificielle de la poche des eaux du 2<sup>e</sup> fœtus. Application de forceps 20 minutes plus tard pour non progression. Enfant vivant 2.540 gr. 2 heures après, extraction de la tête retenue, manuelle puis instrumentale. Délivrance naturelle 1/2 heure après cette extraction. Suites de couches bonnes. Sortie au 12<sup>e</sup> jour.

Mortalité maternelle : 0.

e) *Incisions du col.*

Observations.

Obs. 400. — Arrêt de la dilatation à dilatation presque complète. Incision médiane de la lèvre antérieure du col et applications de forceps à la partie moyenne. Enfant 3.200 gr. vivant.

Obs. 418. — Voir Procidence du cordon avec présentation du siège. Enfant 3.200 gr. vivant.

Obs. 458.<sup>A</sup> — Œdème mou du col dont la dilatation reste stationnaire entre petite et grande paume. Incision de la lèvre antérieure et de la lèvre postérieure du col. Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Enfant 3.740 gr. vivant.

Obs. 607. — Signes de souffrance fœtale et infection ovarienne. Incisions du col à dilatation petite paume médianes antérieure et postérieure. Forceps à la partie haute de l'excavation. Enfant 3.550 gr. vivant.

Obs. 690. — Enfant mort. Basiotripsie (voir ce chapitre). Femme décédée au 8<sup>e</sup> jour des suites de couches d'infection puerpérale.

Obs. 926. — Signes de souffrance fœtale. Incision antérieure du col à dilatation grande paume. Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Enfant 3.570 gr. n'ayant pu être ranimé.

OBS. 934. — Enfant mort. Basiotripsie (voir ce chapitre). Femme décédée au 32<sup>e</sup> jour des suites de couches d'infection puerpérale.

OBS. 1232. — Dilatation stationnaire à 5 francs. Œdème mou du col. Signes de souffrance fœtale. Incisions du col médianes antérieure et postérieure. Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Enfant vivant 3.470 gr.

OBS. 1678. — Dilatation stationnaire à petite paume. Œdème mou de la lèvre antérieure du col. Infection ovulaire. Signes de souffrance fœtale. Incisions du col médianes antérieure et postérieure. Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Enfant 3.330 gr. vivant.

OBS. 1878. — Enfant mort. Basiotripsie (voir ce chapitre). Femme sortie en bon état au 26<sup>e</sup> jour.

OBS. 2772. — Enfant mort. Basiotripsie (voir ce chapitre). Femme sortie en bon état au 17<sup>e</sup> jour.

OBS. 2858. — Accouchement au terme de 7 mois environ. Expulsion spontanée d'un siège complet à dilatation petite paume. Arrêt de la tête dernière. Incision de la lèvre antérieure du col et dégagement de la tête. Enfant 1.520 gr. Décédé 25 heures après la naissance.

OBS. 3055. — Voir anomalies de la contraction. Enfant extrait par forceps après incision du col. 3250 gr. Décédé le lendemain de sa naissance.

OBS. 3119. — Dilatation stationnaire à petite paume. Tête

à la partie haute de l'excavation. Incisions du col antérieure et postérieure. Après celles-ci, la tête descend bien dans l'excavation. Mais au bout d'une demi-heure, signes de souffrance fœtale. Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Enfant 3.120 gr. vivant.

Obs. 3156. — Dilatation stationnaire à petite paume. Tête engagée. Incision de la lèvre antérieure du col. La dilatation se complète en quelques heures. Inefficacité des contractions utérines. Forceps. Enfant 3.210 gr. vivant.

En résumé :

9 incisions du col, suivies d'application de forceps (obs. 400, 458, 607, 926, 1232, 1678, 3055, 3119, 3156) :

1 enfant n'ayant pu être ranimé (obs. 926);

1 enfants mort à la clinique (obs. 3055);

7 enfants vivants.

1 incision du col dans un accouchement prématuré par le siège pour arrêt de la tête dernière à dilatation petite paume (obs. 2858). Enfant mort à la clinique.

1 incision du col pour procidence du cordon dans une présentation du siège (obs. 418). Enfant vivant.

4 incisions du col suivies de basiotripsie (obs. 690, 934, 1878, 2772).

Mortalité maternelle : 2 cas (obs. 690, 934 (voir infection puerpérale).

f) *Opérations césariennes par voie abdominale.*

89 Observations.

Indications :

1° Viciations pelviennes : 66 observations.

a) Bassins rachitiques : 56 observations (obs. 6, 10, 24, 25, 32, 39, 132, 255, 367, 368, 372, 477, 709, 711, 723, 730, 742, 759, 822, 943, 995, 1034, 1040, 1106, 1303, 1583, 1674, 1691, 1745, 1775, 1917, 1932, 1991, 2051, 2057, 2077, 2078, 2284, 2399, 2463, 2506, 2529, 2553, 2582, 2666, 2715, 2742, 2758, 2760, 2779, 2840, 2868, 2970, 3001, 3088, 3128).

b) Bassins rachitiques associés à :

1 luxation congénitale : 2 observations (obs. 768, 1441);

1 coxalgie (obs. 820);

1 rétrécissement transversal du bassin (obs. 3105);

1 asymétrie pelvienne par paralysie infantile (obs. 1690);

1 utérus cordiforme (obs. 2515);

1 procubitus du cordon (obs. 795);

1 procidence du cordon (obs. 990).

c) Bassins divers : 2 observations.

Bassin rétréci transversalement (obs. 2539);

Rétrécissement du détroit inférieur (obs. 883).

2° Obstacles autres que le bassin : 5 observations.

Fibromes prœvia : 2 observations (obs. 569, 3120);

Kyste du parovaire prœvia (obs. 1328);

Fibrome de la face antérieure de l'utérus (obs. 1757);

OEdème de la vulve (obs. 1426).

3° Complications obstétricales de la parturition :  
16 observations.

Siège incliné et irréductible (obs. 721);

Présentation du front (obs. 2494);

Présentation transversale dans un utérus bicorne  
(obs. 1600);

bicorne (obs. 1600);

Présentation transversale et insertion basse du placenta  
(obs. 2796);

Malformation utérine (obs. 2162);

Malformation utérine et procubitus du cordon (obs.  
2127);

Anomalie de la contraction utérine : 7 observations  
(obs. 17, 20, 124, 491, 1402, 1571, 3155);

Insertion basse du placenta et infection ovulaire :  
2 observations (obs. 1649, 1723);

OEdème du col et infection ovulaire (obs. 1800).

4° Cause non précisée (obs. 1610).

5° Césarienne post-mortem (obs. 984).

Technique :

1° Opérations césariennes conservatrices : 71 observations.

- 2 césariennes corporéales primitives;
- 2 césariennes corporéales itératives;
- 49 césariennes basses primitives;
- 18 césariennes basses itératives..

2° Opérations césariennes suivies d'extériorisation temporaire de l'utérus (opération de Portes) : 4 observations.

3° Opérations césariennes suivies d'hystérectomie : 13 observations.

4° 1 opération césarienne post-mortem.

*Césariennes corporéales primitives.*

2 Observations.

OBS. 1426. — I pare de 23 ans. Œdème de la moitié inférieure de la paroi abdominale, dur, douloureux, débordant vers les fesses et les membres inférieurs, rendant impossible la recherche de l'utérus et du fœtus. Volumineux œdème de la vulve, dur, douloureux à la pression, non inflammatoire. Traces d'albumine dans les urines. Césarienne corporéale (aucun renseignement complémentaire sur l'observation en partie égarée). Enfant 3.150 gr. vivant. Bonnes suites opératoires. L'œdème vulvaire a presque disparu au 5<sup>e</sup> jour. Femme sortie en bon état au 24<sup>e</sup> jour.

OBS. 3120. — I pare de 30 ans. Fibrome prœvia. Fœtus en présentation du siège. Intervention au début du travail.

Césarienne corporéale suivie de myomectomie. Enfant 3.280 gr. n'ayant pu être ranimé. Bonnes suites opératoires. (Voir Fibromes).

**En résumé : 2 observations.**

1 enfant mort au cours du travail (obs. 3120);

1 enfant vivant (obs. 1426).

**Mortalité maternelle : 0.**

### *Céariennes corporéales itératives.*

#### 2 Observations.

OBS. 943. — Femme de 28 ans. Première gestation en 1925. Travail long (4 jours). Accouchement par le siège d'un enfant de 5.000 gr. mort-né. Deuxième gestation en 1927. Césarienne haute. Enfant 4.000 gr. vivant. Suites opératoires bonnes. Troisième gestation en 1929. Avortement de 3 mois ayant nécessité un curettage. Quatrième gestation actuelle. Bassin G. R. Promontoire atteint à 10,8. Césarienne haute itérative avant le début du travail étant donnée l'absence de renseignements sur la qualité de la césarienne antérieure. Enfant 3.470 gr. vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 20<sup>e</sup> jour.

OBS. 2715. — III pare de 27 ans. Première gestation en 1919. Accouchement au terme de 7 mois  $1/2$  par forceps. Enfant mort pendant l'extraction. Deuxième gestation en 1924. Césarienne corporéale faite au début du travail pour disproportion fœto-pelvienne importante. Enfant 3.380 gr.

vivant. Troisième gestation actuelle. Présentation élevée au-dessus du D. S. Prenant mal contact avec lui. Bassin G. R. Promontoire élevé atteint à 10. Sacrum à courbure redressée. Césarienne corporéale itérative au début du travail. Membranes intactes. Enfant 3.850 gr. Bi P = 10,5. Ranimé. Suites opératoires. Un clocher à 39° au 7° jour, puis apyrexie. Sortie au 28° jour.

En résumé : 2 observations, 2 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 0.

### *Césariennes basses primitives.*

#### 49 Observations.

OBS. 6. — I pare de 28 ans. Présentation céphalique inclinée, la tête à cheval sur le bord droit du petit bassin. Dilatation 2 francs. Membranes rompues. Bassin généralement rétréci. Promontoire atteint dans l'horizontalité à 9,7. Sacrum redressé dans sa partie supérieure, recourbée en hameçon à sa partie inférieure. Césarienne basse. Enfant vivant pesant 3.490 gr. Bi P = 9,4. Bonnes suites opératoires. Femme sortie au 20° jour.

OBS. 10. — Observation perdue. I pare de 21 ans. Bassin aplati. Annulé. Promontoire atteint à 10,3. Césarienne basse. Enfant 3.180 gr. vivant. Femme sortie en bon état au 20° jour.

OBS. 20. — I pare de 28 ans. Anomalie de la contraction utérine. Contractions utérines très irrégulières. Tête non

engagée. Col dilaté comme 5 francs avec œdème mou. Promontoire non atteint. Membranes rompues prématurément. Signes de souffrance fœtale. Début d'infection ovulaire. Césarienne basse. Enfant 3.370 gr. vivant. Bi P = 9. S. d. c. fébriles pendant 16 jours. Râles de bronchite. Femme sortie en bon état au 38<sup>e</sup> jour.

Obs. 24. — I pare de 22 ans. Présentation céphalique élevée appliquée sur l'aire du D. S. Dilatation 5 fr. Membranes rompues. Bassin généralement rétréci. Promontoire moyennement élevé atteint à 10,5. Sacrum redressé avec ébauche de faux promontoire. Césarienne basse. Enfant 2.880 gr. vivant. Bi P = 9. Suites de couches fébriles. Désunion de la plaie de laparatomie. Matité des 2 bases pulmonaires avec sons crépitants surtout à droite. Hémoculture pratiquée pour rechercher le pneumocoque négative. Quelques pneumocoques dans les crachats. Amélioration lente. Femme sortie sur sa demande, encores subfébrile, au 82<sup>e</sup> jour.

Obs. 132. — I pare de 26 ans. Rachitisme très accentué, pseudo achondronplasèque. Présentation céphalique élevée débordant franchement le plan de la symphyse pubienne. Promontoire atteint au-dessus de l'horizontalité à 8,5. Faux promontoire sacré. Bassin G. R. Césarienne basse au début du travail, alors que les bruits du cœur fœtal ont été perçus avant l'intervention. Enfant 3.050 gr. mort-né. Bi P = 9,6. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

Obs. 255. — I pare de 20 ans. Présentation céphalique élevée, débordant le plan de la symphyse pubienne. Pro-

montoire accessible à 11,5 très élevé. Dilatation stationnaire à grande paume malgré la rupture artificielle de la poche des eaux. Enfant vivant 3.550 gr. Bi P = 9,3. Suites opératoires normales. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

Obs. 367. — Troisième gestation actuelle, 26 ans. Première gestation en 1926. Accouchement à terme. Enfant 3.500 gr. vivant. Bi P = 9. Durée de travail 22 h. 50. Deuxième gestation en 1929. Avortement à 2 mois 1/2. Curettage. Troisième gestation actuelle. Rupture prématurée des membranes depuis 41 heures. Présentation céphalique mal fléchie, élevée, débordant nettement le plan tangent à la symphyse pubienne. Col dilatable comme 2 francs, incomplètement effacé (dilatation stationnaire depuis 8 heures). Promontoire atteint à 11,5. Liquide amniotique fortement teinté de méconium. Césarienne basse. Enfant 3.740 gr. Bi P = 10,3. Ranimé après 10 minutes de soins. Suites opératoires bonnes. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

Obs. 368. — I pare de 26 ans. Césarienne basse à dilatation 5 francs. Membranes vraisemblablement intactes. Présentation céphalique élevée, mal fléchie. Promontoire atteint à 10. Enfant 3.700 gr. Bi P = 9. Ranimé après 5 minutes de soins. Suites opératoires bonnes. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

Obs. 372. — Observation perdue. III pare de 30 ans. Bassin G. R. Promontoire atteint à 11,3. Rupture prématurée des membranes depuis 46 heures. Anomalie de la contraction. Infection ovulaire. Césarienne basse. Enfant 3.260 gr. vivant. Femme décédée au 9<sup>e</sup> jour des suites de couches.

OBS. 491. — I pare de 32 ans. Anomalie de la contraction utérine. Contractions utérines peu intenses. Dilatation stationnaire à 2 francs sans œdème du col. Tête à la partie moyenne de l'excavation mal fléchie en G. T. Membranes rompues depuis 2 jours. Signes de souffrance fœtale. Infection ovulaire au début. Césarienne basse. Extraction de la tête par application de forceps. Enfant 3.500 gr. Bi P = 9,2. Ranimé après 5 minutes de soins. Mise en place d'un Mickulicz. Bonnes suites opératoires. Sortie au 36<sup>e</sup> jour.

OBS. 711. — I pare de 30 ans. Rupture prématurée des membranes. Siège décomplété élevé. Bassin G. R. P. s. p. : 10,2. Césarienne basse au début du travail. Enfant 3.400 gr. vivant. Bi P = 9,2. Bonnes suites opératoires. Sortie au 25<sup>e</sup> jour.

OBS. 723. — IV pare de 40 ans. Première gestation en 1918. Procidence du cordon. Enfant mort. Deuxième gestation en 1920. Accouchement long et difficile terminé par forceps. Troisième gestation en 1928. Dilatation stationnaire à 5 francs. Tête engagée. Forceps. Après incisions du col. Enfant 3.110 gr. Quatrième gestation actuelle. Présentation céphalique élevée tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche. Col petit, scléreux, fermé. Promontoire atteint à 10. Bassin G. R. Césarienne basse au début du travail. Enfant 3.600 gr. Bi P = 9,7 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 34<sup>e</sup> jour.

OBS. 730. — Femme de 27 ans. Deuxième gestation actuelle. Antérieurement avortement de 3 mois. Rupture précoce des membranes. Légère viciation pelvienne : pro-

montoire atteint à bout de doigt. Présentation céphalique. élevée. Dilatation stationnaire à 5 francs. Début d'infection ovulaire. Signes de souffrance fœtale. Césarienne basse. Enfant 3.480 gr. vivant Bi P = 9,6. Bonnes suites opératoires. Sortie au 25<sup>e</sup> jour.

OBS. 742. — Femme de 26 ans. 1 avortement de 5 mois antérieurement. Deuxième gestation actuelle. Rupture précoce des membranes. Présentation céphalique élevée. Promontoire atteint à 10. Césarienne basse au début du travail. Enfant 3.610 gr. vivant. Bi P = 8,8. Bonnes suites opératoires sortie au 25<sup>e</sup> jour.

OBS. 759. — I pare de 40 ans. Rupture prématurée des membranes. Présentation céphalique élevée. Promontoire atteint à 10,8. Signes de souffrance fœtale. Césarienne basse. Enfant 3.050 gr. Bi P = 9,2 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 23<sup>e</sup> jour.

OBS. 795. — I pare de 22 ans. Présentation céphalique élevée tendant à fuir vers la fosse iliaque droite. Promontoire moyennement élevé accessible à 9,3. Atrésie vaginale. Dilatation 2 francs. Procubitus du cordon. Césarienne basse. Enfant 2.850 gr. vivant. Bi P = 9,1. Bonnes suites opératoires. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

OBS. 820. — I pare de 22 ans. Coxalgie gauche à l'âge de 5 ans. Atrésie des parties molles. Promontoire atteint dans l'horizontalité à 9,6. Contours du D. S. facilement explorable du côté gauche. A droite, en raison de l'atrésie des parties molles, le contact avec la ligne innommée est perdu à partir de l'extrémité droite du diamètre transverse.

Sacrum légèrement redressé dans sa partie supérieure. Rupture prématurée des membranes. Tête en bas mobile. Col long. Intervention immédiate. Césarienne basse. Enfant 3.100 gr. vivant Bi P. : 9,1. Suites opératoires fébriles les premiers jours, puis subfébriles. Sortie en bon état au 50<sup>e</sup> jour.

Obs. 883. — II pare de 37 ans. Première gestation en 1917. Grossesse normale. Travail normal. Terminaison de l'accouchement par forceps. Gros enfant. Phlébite dans les s. d. c. Deuxième gestation actuelle. Examinée dans ce service au cours de celle-ci. Rétrécissement important du détroit inférieure. Les 2 branches ischio-pubiennes sont à la fois atrophiées dans le sens de la longueur et épaissies. Elles limitent un espace inter-ischiatique très aigu et étroit. Diamètre sous sacro, sous pubien : 9 cm. Diamètre bi-ischiatique  $6,8 + 1,5 = 8,3$ . Rupture prématurée des membranes. Entre dans le service peu après. Césarienne basse après attente de quelques heures dans l'espoir d'un début de travail qui assurerait la constitution d'un segment inférieur. Enfant 3.450 gr. Bi P = 9,5. Ranimé après 10 minutes de soins. Suites opératoires fébriles. Femme décédée 8 jours après l'intervention.

Obs. 990. — II pare de 29 ans. Première gestation en 1930. Femme en travail depuis 35 heures, forceps à dilatation complète enfant 2.370 gr. vivant. Deuxième gestation actuelle. Rupture vraisemblablement précoce des membranes. Présentation céphalique élevée. Promontoire atteint dans l'horizontalité à 10,3. Epreuve du travail. Césarienne basse à dilatation 2 francs pour procidence du cordon qui

est dans le col. Enfant 2.430 gr. Bi P = 9,2. Ranimé après 20 minutes de soins. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

OBS. 995. — III pare de 25 ans. Première gestation en 1927. Présentation du siège. Enfant 2.950 gr. Mort quelques heures après sa naissance. Deuxième gestation en 1930. Forceps à dilatation incomplète, infructueux. Enfant mort. Accouchement vraisemblablement terminé par basiotripsie. Troisième gestation actuelle. Promontoire atteint à 10,9. Epreuve du travail. Après rupture artificielle des membranes à dilatation presque complète la tête reste très élevée malgré les contractions utérines. Césarienne basse. Enfant 3.800 gr. Bi P = 9,8 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 20<sup>e</sup> jour.

OBS. 1034. — I pare de 19 ans. — Utérus cylindrique. Présentation élevée. Bassin G. R. P. s. p. : 9,8. Sacrum plat. Césarienne basse au début du travail. Enfant 2.620 gr. Bi P = 9,4 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 35<sup>e</sup> jour.

OBS. 1040. — Femme de 31 ans. Quatrième gestation actuelle. 1<sup>re</sup> grossesse en 1923. Accouchement à terme après 60 heures de travail. Enfant 4.750 gr. vivant. 2<sup>e</sup> grossesse en 1925. Avortement au terme de 5 mois. 20 jours après, appendicectomie. 3<sup>e</sup> grossesse en 1928. Accouchement à terme après un travail de 4 heures. Enfant 4.000 gr. vivant. Gestation actuelle. Entre dans le service présentant une tête fixée au D. S. avec dilatation de 2 francs. Membranes intactes. P. s. p. : 11,5. Contractions utérines de mauvaise

qualité qui finissent par disparaître. Reprise des contractions 82 heures après l'entrée. Bonnes contractions au début. Dilatation petite paume. Rupture des membranes. Le lendemain (5<sup>e</sup> jour depuis l'entrée) la dilatation n'a plus progressé, la tête qui semble volumineuse n'est pas engagée. L'utérus est tendu de façon permanente constamment douloureux et ne présentant pas de contractions efficaces. La contracture ne cédant pas à l'administration d'antispasmodiques on décide d'intervenir. T. : 37°3. Césarienne basse. Enfant 4.550 gr. Bi P = 10,4. Ranimé après 10 minutes de soins. Bonnes suites opératoires. Sortie au 24<sup>e</sup> jour.

OBS. 1106. — I pare de 23 ans. Bassin G. R. Promontoire dans l'horizontalité atteint à 8 cm. tête débordant considérablement le plan de la symphyse. Césarienne basse au début du travail. Enfant 2.900 gr. Bi P = 8,9. Ranimé après 25 minutes de soins. Suites opératoires : gros foyers broncho-pneumoniques du 1/3 inférieur du poumon droit. Foyers plus discrets à la base gauche. Femme décédée au 5<sup>e</sup> jour.

OBS. 1303. — I pare de 19 ans. Césarienne basse pour viciation pelvienne. P. s. p. : 10,3 et malformation utérine (voir ce chapitre). Enfant 2.710 gr. Bi P = 9,2 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 19<sup>e</sup> jour.

OBS. 1328. — I pare de 27 ans. Dilatation stationnaire. Situation élevée de la tête. Kyste dans le Douglas. Membranes intactes. Césarienne basse. Enfant 2.630 gr, vivant. Ablation d'un kyste du parovaire droit, dont la femme n'avait jamais eu à souffrir, par résection de l'annexe droite. Bonnes suites opératoires. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

OBS. 1610. — Observation incomplète. II<sup>e</sup> pare de 34 ans. Césarienne basse. Cause non précisée sur l'observation. Femme décédée 6 jours après l'intervention. Enfant 2.100 gr. Décédé à 1 mois d'hématémèse.

OBS. 1674. — Femme de 28 ans. 1 avortement à 3 mois 1/2 en 1928. Présentation céphalique élevée. Promontoire élevé atteint à 10,5. Bassin G. R. Epreuve du travail. Rupture précoce des membranes à dilatation 5 fr. 2 heures après, la dilatation a un peu progressé, mais la tête reste toujours élevée. Césarienne basse. Enfant 2.830 gr. Bi P = 8,5 vivant. Suites opératoires. Aucun renseignement. Possibilité de phlébite gauche. Sortie après un séjour de 3 mois 1/2.

OBS. 1690. — I pare de 26 ans. Paralysie infantile à l'âge de 7 mois. Présente actuellement une atrophie du membre inférieur droit. Rupture prématurée des membranes ayant précédé de peu l'entrée en travail. Entre dans le service 120 heures environ après le début du travail (d'après les renseignements fournis par la femme), les contractions douloureuses s'étant arrêtées à 2 reprises pendant 12 heures. Présentation céphalique élevée avec grosse bosse séro-sanguine. Promontoire atteint à 10,5. Bassin asymétrique : ligne innommée droite redressée. Dilatation 5 francs. 5 heures après son admission la femme n'ayant présenté aucune contraction utérine on intervient. Césarienne basse. Enfant 2.950 gr. Bi P = 8,4 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

OBS. 1691. — II pare de 32 ans. Première gestation en

1923. Accouchement terminé par basiotripsie. Déchirure complète du périnée ayant nécessité une périnéorraphie secondaire. Il subsiste une incontinence relative. Deuxième gestation actuelle. Tête mobile au-dessus du D. S. Promontoire moyennement élevé atteint à 9,2. Bassin G. R. Rupture prématurée des membranes. Césarienne basse immédiate. Enfant 3.780 gr. Bi P = 9,4 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 20<sup>e</sup> jour.

OBS. 1775. — I pare de 26 ans. Rupture vraisemblablement précoce des membranes au début du travail il y a 107 heures. Mise en observation à la clinique pendant quelques heures. Dilatation stationnaire à 50 centimes. Œdème du col. Tête non engagée. Promontoire atteint à 10,8. Début d'infection ovulaire. Césarienne basse. Enfant 2.900 gr. Bi P = 9,1 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

OBS. 1991. — I pare de 19 ans. Rupture prématurée des membranes. Bassin généralement rétréci. Promontoire moyennement élevé atteint à 10. Tête élevée ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque droite. Col perméable et long. Césarienne basse 4 heures après la rupture des membranes. Enfant 3.580 gr. Bi P. = 9,6 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 20<sup>e</sup> jour.

OBS. 2057. — Femme de 24 ans. Troisième gestation actuelle. Première gestation en 1929. Accouchement normal. Enfant mort quelques jours après sa naissance. Deuxième gestation. Avortement de 3 mois. Troisième gestation. Membranes rompues précocément à dilatation 5 francs.

Tête bloquée au D. S. en gauche transverse et en asynclitisme antérieur avec importante bosse sero-sanguine. Dilatation complète. Bassin généralement rétréci. Mensuration du promontoire haut situé impossible par suite de la situation de la tête. 5 applications de forceps infructueuses. Césarienne basse après 27 heures de travail et 12 heures après la rupture des membranes. Enfant 3.860 gr. Bi P = 9,4. Ranimé après 10 minutes de soins. Déchirure de la vessie au cours de l'intervention. Mise en place d'un Mickulicz. Suites opératoires fébriles les 20 premiers jours. Sortie au 31<sup>e</sup> jour.

OBS. 2077. — II pare de 25 ans. Première gestation en 1929. Enfant mort. Infection ovulaire. Basiotripsie à dilatation 5 francs après incisions du col. Deuxième gestation actuelle. Adiposité marquée. Bassin G. R. Promontoire atteint à 10,5. Dilatation stationnaire à 5 francs, bien que les contractions soient énergiques. Tête élevée, en asynclitisme postérieur, appuyant mal sur le col. Membranes intactes. Césarienne basse après 41 heures de travail. Enfant 3.860 gr. Bi P = 9,6 vivant. Suites opératoires fébriles jusqu'au 14<sup>e</sup> jour. Sortie au 29<sup>e</sup> jour.

OBS. 2078. — I pare de 33 ans. Promontoire bas situé, atteint à 9,7. Bassin G. R. Faux promontoire sur le sacrum. Epreuve du travail. Césarienne basse 11 heures après le début du travail à dilatation 2 francs. Membranes intactes, la tête débordant la symphyse n'ayant aucune tendance à s'engager. Enfant 2.610 gr. Bi P = 8,8 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 30<sup>e</sup> jour.

OBS. 2162. — I pare de 26 ans. Césarienne basse pour

malformation utérine (voir ce chapitre). Enfant 3.270 gr. Ranimé. Suites opératoires fébriles jusqu'au 11<sup>e</sup> jour. Sortie au 38<sup>e</sup> jour.

OBS. 2463. — I pare de 22 ans. Bassin G. R. Promontoire moyennement élevé atteint à 10,3. Dilatation 1 franc. Tête débordant nettement le plan de la symphyse. Rupture artificielle des membranes. Injection de 1 cc. de spasalgine. 5 heures après celle-ci, la tête déborde toujours fortement, bien qu'appliquée sur l'aire du D. S. Dilatation 5 francs. Césarienne basse. Enfant 3.320 gr. Bi P = 9,8. Ranimé après 10 minutes de soins. Bonnes suites opératoires. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

OBS. 2506. — Femme de 27 ans. Obèse. 1 avortement de 3 mois 1/2 à la gestation précédente. **Deuxième gestation** actuelle. Rupture prématurée des membranes ayant précédé de peu l'entrée en travail. Tête élevée. Promontoire atteint à 10,8. Les contractions utérines sont espacées et peu intenses au début du travail, puis leur fréquence et leur intensité augmentent, mais elles sont de courte durée. Dilatation traînante puis stationnaire à 5 francs. Œdème mou du col. Début d'infection ovulaire. Césarienne basse 45 heures après le début du travail. Enfant 3.570 gr. Bi P = 9,2 vivant. Suites opératoires. Phlébite du membre inférieur droit au 9<sup>e</sup> jour. Infarctus pulmonaire au 12<sup>e</sup> jour. Nouvel infarctus pulmonaire au 27<sup>e</sup> jour. Phlébite du membre inférieur gauche au 28<sup>e</sup> jour. Femme sortie au 80<sup>e</sup> jour en bon état.

OBS. 2539. — Femme de 28 ans. 2 avortements antérieurs. Troisième gestation actuelle. Promontoire non atteint. Parois

latérales de l'excavation suivies dans toute leur étendue, d'une façon anormalement facile. Bassin se rapprochant du type transversalement rétréci. Epreuve du travail. 26 heures après le début du travail, la tête plongeant bien dans l'aire du D. S., la dilatation étant stationnaire à 5 francs, on fait une rupture artificielle des membranes. 8 heures après celle-ci, la dilatation n'a pas progressé, la tête est toujours au D. S., malgré les bonnes contractions utérines. Début d'infection ovulaire. Césarienne basse. Enfant 3.250 gr. Bi P=9,3. Ranimé après 10 minutes de soins. Mise en place d'un Mickulicz. Suites opératoires : Hyperthermie. Femme décédée au 5<sup>e</sup> jour.

Obs. 2553. — I pare de 24 ans. Rupture prématurée des membranes 10 heures avant le début du travail. Présentation céphalique au-dessus du D. S. ne débordant pas. Bassin G. R. P.s.p. = 10,2. Sacrum normal. Dilatation 2 francs. Présente depuis le début du travail des contractions utérines d'abord espacées, puis plus rapprochées mais courtes et peu énergiques. La mauvaise qualité des contractions utérines fait rejeter, peu après l'examen, l'épreuve du travail. Césarienne basse. Enfant 3.280 gr. Bi P=9,6 vivant. Bonnes suites opératoires. Abscès au sein droit incisé. Angine pultacée. Sortie au 32<sup>e</sup> jour.

Obs. 2582. — Femme de 27 ans. 2 accouchements normaux. Enfants vivants. 2 avortements successifs à 4 précédentes grossesses. Cinquième gestation en 1929 : basiotripsie, le col étant dilatable comme 5 francs après dilatation manuelle du col sous rachianesthésie. Enfant 3.560 gr. Déchi-

rure peu importante du col suturée. Sixième gestation actuelle. Bassin G. R. Promontoire moyennement élevé atteint à 10,8. Membranes rompues prématurément depuis quelques heures. Col cicatriciel dilaté comme 2 francs. Tête élevée. Mauvaise qualité des contractions utérines. Césarienne basse. Enfant 3.410 gr. Bi P = 10 vivant. Suites opératoires fébriles les 15 premiers jours. Sortie en bon état au 25<sup>e</sup> jour.

OBS. 2666. — I pare de 19 ans. Rupture prématurée des membranes. Utérus cylindrique. Siège décomplété élevé. Bassin G. R. P.s.p. : 10,3. Bon sacrum. Césarienne basse au début du travail. Enfant 3.000 gr. Bi P = 9,5 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 23<sup>e</sup> jour.

OBS. 2760. — II pare de 28 ans. Première gestation en 1928. Accouchement ayant duré 3 jours, terminé par une application de forceps. Enfant 3.480 gr, mort 5 heures après l'extraction. Deuxième gestation actuelle. Bassin G.R. Promontoire atteint à 10,5, moyennement élevé. Courbure du sacrum redressé. Epreuve du travail. Rupture précoce des membranes à dilatation 5 francs. 3 heures après celle-ci on intervient (à dilatation petite paune), la tête débordant nettement la symphyse, alors qu'elle est fortement fixée au D. S. Césarienne basse. Enfant 3.420 gr. Bi P = 9,5 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 20<sup>e</sup> jour.

OBS. 2779. — I pare de 21 ans. Bassin inexplorable du fait de l'atrésie des parties molles. Vraisemblablement, bassin G. R. Epreuve de travail. 9 heures après le début du travail, dilatation entre 2 et 5 francs. Membranes rompues

précocément depuis au moins 3 heures. En raison du non engagement de la tête, qui toutefois est tangente à la symphyse et de l'incertitude sur le degré exact de la viciation pelvienne, on intervient. Césarienne basse. Enfant 2.700 gr. Bi P=9 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

OBS. 2868. — I pare de 22 ans. Promontoire très au-dessus de l'horizontalité accessible à 10,3. Sacrum plat. Césarienne basse au début du travail. Membranes intactes. Enfant 3.150 gr. Bi P=9,6 vivant. Bonnes suites opératoires. Lymphangite des 2 seins. Sortie au 30<sup>e</sup> jour.

OBS. 2970. — I pare de 29 ans. Signes de rachitisme ancien au niveau des membres inférieurs. Promontoire moyennement élevé, accessible à 10,3. Sacrum plat. Césarienne basse au début du travail, 8 heures après la rupture prématurée des membranes. Enfant 3.400 gr. Bi P=9,4. Ranimé après 10 minutes de soins. Suites opératoires fébriles les 12 premiers jours, puis apyrexie. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

OBS. 3001. — I pare de 20 ans. Signes de rachitisme ancien. Promontoire très élevé inaccessible en raison de l'atrésie des parties molles. Il existe par contre à l'union de S<sub>1</sub> et S<sub>2</sub> un faux promontoire atteint presque dans l'horizontalité et accessible à 10,3. Bassin G. R. Sacrum plat. Epreuve du travail. Intervention, à dilatation petite paume, 40 h. 30 après le début du travail. Membranes rompues précocément depuis 10 h. 30, en raison du léger débordement de la tête. Césarienne basse. Enfant 3.280 gr. Bi P=9. Ranimé après 10 minutes de soins, mais décédé

à 35 jours. Suites opératoires fébriles. Hémoculture positive. Streptocoques et gros diplocoques. Absès de fixation. Sérum antistreptococcique. Amélioration vers le 20<sup>e</sup> jour. Sortie en bon état au 35<sup>e</sup> jour.

Obs. 3105. — 1 pare de 18 ans. Signes de rachitisme ancien. Tête en bas mal fixée, débordant nettement le plan de la symphyse. Dilatation presque complète. Membranes intactes. Promontoire accessible dans l'horizontalité à 10,8. Bassin G. R. avec rétrécissement transversal assez important. Au palper mensurateur, la tête débord nettement le plan de la symphyse pubienne. Rupture artificielle des membranes. 1 h. 1/2 environ après celle-ci, la tête fortement fixée sur l'aire du D. S. débord encore nettement. Césarienne basse. Enfant 3.350 gr. Bi P = 9,3. Ranimé après 10 minutes de soins. Bonnes suites opératoires. Lymphangite du sein droit au 18<sup>e</sup> jour. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

Obs. 3128. — 1 pare de 20 ans. Bassin G. R. Promontoire bas situé atteint à 9,6. Césarienne basse quelques heures après le début du travail. Membranes intactes, en raison du débordement de la tête qui paraît très ossifiée. Enfant 3.100 gr. Bi P = 9,6 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 26<sup>e</sup> jour.

Obs. 3155. — 1 pare de 29 ans. Césarienne basse avec Mickulicz pour anomalie de la contraction et infection ovulaire. Enfant 4.350 gr. Bi P = 10. Ranimé après 10 minutes de soins. Décédé à 26 jours. Bonnes suites opératoires. Sortie au 27<sup>e</sup> jour (voir anomalies de la contraction).

En résumé : 49 observations.

1 enfant mort au cours du travail (obs. 132).

3 enfants morts au cours de leur séjour à la clinique (obs. 1610, 3001, 3155);

45 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 5 cas (obs. 372, 883, 1106, 1610, 2539).

### *Césariennes basses itératives.*

#### 18 Observations.

Obs. 25. — II pare de 26 ans. Première gestation en 1928. Césarienne basse au début du travail. Enfant 3.050 gr. vivant. Bonnes suites opératoires. Deuxième gestation actuelle. Bassin généralement rétréci. Promontoire moyennement élevé atteint à 10,3. Mauvaise concavité sacrée avec faux promontoires. Tête en bas élevée. Césarienne basse itérative au début du travail. Enfant 3.520 gr. Bi P = 10 vivant. Suites opératoires fébriles. Congestion pulmonaire droite avec réaction pleurale. Défervescence au 23<sup>e</sup> jour. Sortie en bon état au 29<sup>e</sup> jour.

Obs. 32. — II pare de 23 ans. Première gestation en 1926. Césarienne basse au début du travail pour bassin G. R. et canaliculé. Enfant 3.770 gr. vivant. Bonnes suites opératoires. Deuxième gestation actuelle. Promontoire moyennement élevé, atteint à 9. Sacrum redressé avec un faux promontoire. Bassin G. R. Césarienne basse itérative au début du travail. Enfant 3.190 gr. Bi P = 9,2 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

OBS. 39. — II pare de 20 ans. Première gestation en 1929. Césarienne basse au début du travail. Enfant vivant 3.200 gr. Suites opératoires subfébriles jusqu'au 10<sup>e</sup> jour. Deuxième gestation actuelle. Tête en bas mobilisable débordant nettement le plan de la symphyse. Promontoire atteint à 9. Bassin G. R. Concavité sacrée redressée. Césarienne basse itérative au début du travail. Enfant 3.300 gr. Bi P = 9,2 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

OBS. 477. — III pare de 27 ans. Première gestation en 1927. Césarienne basse pour bassin G. R. légèrement aplati. Enfant 3.850 gr. Bi P = 9,4 décédé à 8 mois. Deuxième gestation en 1929. Césarienne basse itérative au début du travail. Enfant 3.780 gr. Bi P = 9,6 vivant. Troisième gestation actuelle. Présentation céphalique ne débordant pas. Promontoire atteint très loin. Epreuve du travail. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète, la tête étant élevée. 1 heure plus tard, la tête n'est pas descendue, le col est revenu sur lui-même (dilatation petite paume), on décide d'intervenir. Césarienne basse itérative. Enfant 3.750 gr. Bi P = 9,5 vivant. Section des trompes entre 2 ligatures. Suites opératoires fébriles les premiers jours. Sortie en bon état au 22<sup>e</sup> jour.

OBS. 768. — II pare de 34 ans. Première gestation en 1925. Césarienne basse pour viciation pelvienne. Enfant 4.130 gr. Bi P = 10. Décédé 36 heures après la naissance. Deuxième gestation actuelle. Femme ayant une luxation congénitale gauche. Présentant céphalique élevée débordant fortement du fait de l'antéversion pelvienne. Membranes rompues prématurément. Col incomplètement effacé. Dila-

tation lenticulaire. Promontoire accessible à 10,3. Côté droit du D. S. redressé. Césarienne basse itérative. Enfant 4.300 gr. Bi P = 9,7 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

Obs. 822. — II pare de 22 ans. Première gestation en 1929. Bassin généralement rétréci annelé. P.s.p. : 10,6. Césarienne basse après épreuve du travail. Enfant 3.200 gr. Bi P = 9 vivant. Bonnes suites opératoires. Deuxième gestation actuelle. Césarienne basse itérative au début du travail. Dilatation 2 francs. Membranes intactes. Tête très élevée. Enfant 3.550 gr. Bi P = 9,4. Décédé à 39 jours. Suites opératoires : lymphangite du sein gauche au 9<sup>e</sup> jour, suivie d'abcès au sein. Septicémie puerpérale au 22<sup>e</sup> jour. Hémoculture positive (streptocoques). Sérum de Vincent. Signes de localisation pelvienne : cellulite de la base du ligament large disparue en 15 jours. Hémoculture négative au 46<sup>e</sup> jour. Phlébite du membre inférieur gauche au 52<sup>e</sup> jour. Immobilisation. Femme fébrile, en mauvais état général pendant quelques jours encore, puis défervescence. Sortie en bon état après un séjour de 3 mois à la clinique.

Obs. 1441. — II pare de 26 ans. Luxation congénitale gauche. Première gestation en 1928. Rupture prématurée des membranes. Début du travail immédiatement après. Césarienne basse 6 h. 30 après le début du travail, la tête n'ayant aucune tendance à s'engager. Enfant 2.750 gr. vivant. Bonnes suites opératoires. Deuxième gestation actuelle. Tête au D. S. mobile. Promontoire bas situé atteint à 10,8. Lignes innommées paraissent asymétriques par un

toucher bimanuel comparatif : Côté droit plus rapproché et suivi plus loin qu'à gauche (une radio faite en 1928 a montré un aplatissement du côté sain (le droit). Une concavité normale du côté malade). Rupture prématurée des membranes. Césarienne basse itérative immédiate. Enfant 3.000 gr. vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

OBS. 1583. — III pare de 22 ans. Première gestation en 1925. Enfant mort au cours d'une extraction du siège : basiotripsie sur tête dernière. Deuxième gestation en 1929. Césarienne basse 2 heures après le début du travail. Enfant 2.980 gr. Bi P=9,4 décédé à 21 jours. Bonnes suites opératoires. Troisième gestation actuelle. Lignes nettes de rachitisme ancien. Bassin G. R. Promontoire atteint à 9. Ebauche de faux promontoire sur le sacrum. Redressement marqué de la courbure sacrée. Radiopelvimétrie. Promonto-retropubien min. : 7,8. Transverse max. : 13,3. Rupture prématurée de la poche des eaux. Césarienne basse itérative immédiate. Enfant 3.150 gr. Bi P=8,5 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 20<sup>e</sup> jour.

OBS. 1600. — Femme de 28 ans. Césarienne basse itérative pour présentation transversale, irréductible dans un utérus bicorne. Enfant 2.800 gr. vivant. Bonnes suites opératoires (voir malformations utérines).

OBS. 1745. — III pare de 26 ans. 2 césariennes antérieures en 1926 et 1928 pour bassin G. R. et canaliculé. Enfants 2.930 et 2.700 gr. très vivants. Troisième gestation actuelle. Rupture vraisemblablement précoce des membranes au début

du travail. Présentation céphalique appliquée au D. S. ne débordant pas. Dilatation 5 francs. Promontoire atteint à 10,3. Faux promontoire sacré. Le fœtus semble de petit volume. Impression favorable, mais intervention par crainte de la rupture utérine. Césarienne basse itérative suivie de la résection des 2 trompes sur 3 cm. Enfant 2.540 gr. Bi P = 8,7 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 24<sup>e</sup> jour.

OBS. 1932. — II pare de 38 ans. Première gestation en 1926. Césarienne corporéale 12 heures après la rupture des membranes. Enfant 2.500 gr., né vivant. Bonnes suites opératoires. Deuxième gestation actuelle. Nanisme pseudo-achoudroplasique. Promontoire atteint à 9, très saillant. Sacrum plat. Rupture prématurée des membranes. Césarienne basse itérative immédiate. Enfant 3.280 gr. Bi P = 9,4 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 26<sup>e</sup> jour.

OBS. 2127. — III pare de 34 ans. Césarienne basse itérative pour malformation utérine, avec présentation oblique et procubitus du cordon. Viciation pelvienne. P.s.p. : 10,7. Enfant 3.380 gr. Bi P = 9,4. Ranimé après 20 minutes de soins. Bonnes suites opératoires. Sortie au 33<sup>e</sup> jour.

OBS. 2284. — II pare de 30 ans. Première gestation en 1928. Césarienne basse au début du travail pour viciation pelvienne. Enfant 3.400 gr. Bi P = 9,6 vivant. Bonnes suites opératoires. Deuxième gestation actuelle. Bassin G. R. Promontoire moyennement élevé atteint à 10. Présentation céphalique élevée. Dilatation 5 francs. Membranes intactes. Césarienne basse itérative. Enfant 3.000 gr. Bi P = 9,2 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 22<sup>e</sup> jour.

Obs. 2399. — II pare de 26 ans. Première gestation en 1928. Césarienne basse au début du travail pour viciation pelvienne. Enfant 3.250 gr. Bi P = 10. Deuxième gestation actuelle. Présentation élevée. Promontoire atteint à 10,4. Bassin G. R. Dilatation 1 franc. Membranes intactes. Césarienne basse itérative. Enfant 3.880 gr. Bi P = 9,8 vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 23<sup>e</sup> jour.

Obs. 2515. — III pare de 38 ans. Césarienne basse itérative (atypique) pour malformation utérine et viciation pelvienne. Bassin G. R. P.s.p. : 10,2. Enfant 3.430 gr. vivant. Suites opératoires : au cours de la 3<sup>e</sup> semaine, épisode fébrile avec quelques crachats hémoptoïques. Sortie en bon état au 48<sup>e</sup> jour (voir malformations utérines).

Obs. 2742. — II pare de 27 ans. Première gestation en 1928. Césarienne basse pour viciation pelvienne. Enfant 2.210 gr. Bi P = 7,8. Bonnes suites opératoires. Deuxième gestation actuelle. Rupture précoce des membranes avant son entrée dans le service. Présentation du siège complet au D. S. Dilatation 2 francs. Un pied dans l'orifice cervical. Bassin G. R. Promontoire un peu au-dessus de l'horizontalité atteint à 9,7. Sacrum plat. Césarienne basse itérative. Enfant 2.600 gr. Bi P = 8,3. Ranimé, mais décédé quelques heures après sa naissance. Bonnes suites opératoires. Sortie au 23<sup>e</sup> jour.

Obs. 2758. — III pare de 25 ans. Première gestation en 1928. 2 césariennes antérieures pour viciation pelvienne. Enfants 3.520 gr. Bi P = 9,6. 3.000 gr. Bi P = 9,2, nés vivants. Bonnes suites opératoires. Troisième gestation

actuelle. Fœtus en présentation du siège. Bassin G. R. Promontoire facilement atteint dans l'horizontalité à 10. Sacrum plat avec 1 faux promontoire. Césarienne basse itérative 3 h. 1/2 après la rupture prématurée des membranes. Enfant 3.370 gr. Bi P = 9,5 vivant. Stérilisation par section des 2 trompes au thermocautère. Suites opératoires : trachéo-bronchite, lymphangite du sein droit. Sortie au 28<sup>e</sup> jour.

OBS. 2840. — III pare de 30 ans. Première gestation en 1922. Travail ayant duré 3 jours. Application de forceps. Enfant mort. Deuxième gestation en 1927. Rupture spontanée des membranes à dilatation 2 francs. Césarienne basse à dilatation 5 francs, la tête n'ayant aucune tendance à s'engager. Enfant 3.680 gr. vivant Bonnes suites opératoires. Troisième gestation actuelle. Bassin G. R. Promontoire atteint au-dessus de l'horizontalité à 10,5. Face antérieure du sacrum de concavité diminuée avec un faux promontoire. Césarienne basse itérative au début du travail, membranes intactes, sous rachianesthésie (femme emphysemateuse. Un peu de chloroforme à la fin de l'intervention). Enfant 3.500 gr. Bi P = 9,7 vivant. Suites opératoires. Fébriles. Râles de bronchite disséminés dans les 2 poumons. Herpès de la face. Au 11<sup>e</sup> jour, hémorragie brutale, précédée la veille et quelques heures auparavant de petites hémorragies, très abondantes (1.200 gr.). La femme continue à saigner dans l'heure qui suit, malgré la thérapeutique instituée (ergotine, hypophyse). Etat général inquiétant. Transfusion de 500 gr. Compression de l'aorte. Sérum physiologique IV. La femme meurt 2 heures 1/2 après le début des accidents. L'hémorragie foudroyante est le résultat d'une chute d'escarre au niveau de la suture du segment inférieur avec ulcération d'un gros vaisseau..

En résumé : 18 observations.

2 enfants morts au cours de leur séjour à la clinique  
(obs. 822, 2742);

16 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 2840).

### *Césariennes suivies d'hystérectomie.*

#### 13. Observations.

Obs. 569. — Femme de 34 ans. 1 avortement de 3 mois il y a 11 ans. Deuxième gestation actuelle. Présentation du siège. Fibrome prævia. On intervient au début du travail. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie supra-vaginale. Enfant vivant 2.960 gr. Bonnes suites opératoires (voir fibromes).

Obs. 709. — II pare de 42 ans. Première gestation en 1912. Accouchement à terme par forceps. Enfant 4.300 gr. vivant. Deuxième gestation actuelle. Promontoire atteint au loin à 11,2. Dilatation stationnaire à petite paume, malgré de bonnes contractions utérines. Tête à la partie haute de l'excavation, non engagée. Début d'infection ovulaire. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie supra-vaginale. Mise en place d'un Mickulicz. Enfant 3.720 gr. Décédé à 11 jours. Bonnes suites opératoires. Sortie au 26<sup>e</sup> jour.

Obs. 721. — II pare de 41 ans. Première gestation en 1919, normale. Deuxième gestation actuelle. Présentation du siège inclinée et irréductible. Césarienne haute au début

du travail extraction d'un enfant de 3.500 gr. vivant. Hystérectomie supra-vaginale pour lésions de salpingite ancienne. Mise en place d'un Mickulicz. Suites opératoires. Phlébite gauche au 16<sup>e</sup> jour. Sortie en bon état à la fin du 2<sup>e</sup> mois.

OBS. 1402. — III pare de 38 ans. Obèse. Première gestation en 1917. Accouchement normal. Deuxième gestation. Accouchement gémellaire normal. Entre ces 2 gestations et surtout après la deuxième gestation constitution de l'obésité. 117 kilos avant la gestation actuelle. Troisième gestation actuelle. Rupture prématurée des membranes. Début du travail 2 heures plus tard. La dilatation progresse lentement. La tête ne descend pas franchement dans l'excavation. Intervention à dilatation grande paume après 24 heures de travail étant donnés les signes de fatigue générale de la femme et l'infection ovulaire. Césarienne suivie d'hystérectomie. Extraction de 2 enfants, le 1<sup>er</sup> jumeau 3.100 gr. Ranimé après 10 minutes de soins, mais décédé à 15 jours. Le 2<sup>e</sup> jumeau 3.100 gr. n'ayant pu être ranimé. La femme meurt au cours de l'hystérectomie.

OBS. 1571. — I pare de 34 ans. Rupture précoce des membranes à dilatation lenticulaire. Utérus tendu et dur en permanence. Sans aucun relâchement intermittent. B. d. c. non perçus. Présentation élevée. Dilatation 2 francs. Col souple. Bassin normal. Début d'infection ovulaire. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie subtotale. Enfant 3.500 gr. mort-né. Mise en place d'un Mickulicz. Suites opératoires : phlébite double. Sortie après un séjour de près de 2 mois à la clinique.

OBS. 1649. — VI pare de 36 ans. 5 accouchements antérieurs dont 2 forceps et 1 siège. Enfants vivants. Sixième gestation actuelle. Insertion basse du placenta. Hémorragies au cours de la gestation. Intervention, 45 heures après la rupture prématurée des membranes, pour infection ovulaire. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie supravaginale. Enfant vivant 2.240 gr. Mise en place d'un Mickulicz. Suites opératoires très rapidement apyrétiques. Sortie au 33<sup>e</sup> jour (voir insertion basse).

OBS. 1723. — I pare de 37 ans. Insertion basse du placenta. Hémorragies au cours de la gestation ayant très anémié la femme. Infection ovulaire. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie. Enfant vivant 3.500 gr. Bonnes suites opératoires. Sortie au 20<sup>e</sup> jour (voir insertion basse).

OBS. 1757. — IV pare de 39 ans. 3 accouchements antérieurs normaux. Quatrième gestation actuelle. Femme suivie au cours de celle-ci pour un volumineux fibrome de la paroi antérieure du corps utérin, ramolli et de consistance kystique. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie supravaginale à dilatation 5 francs, membranes intactes, tête très élevée. Enfant 3.980 gr. vivant. Suites opératoires subfébriles jusqu'au 18<sup>e</sup> jour. Sortie au 45<sup>e</sup> jour en bon état.

OBS. 1800. — Observation incomplète. Femme de 36 ans. Neuvième gestation actuelle. A été hospitalisée une première fois dans le service vers la fin du 5<sup>e</sup> mois pour hydrohématorrhée avec syndrome douloureux de la région aunexielle. Séjour de 1 mois à la clinique, en sort apparemment en bon état, pour y rentrer le lendemain présentant de la fièvre

et un écoulement de liquide amniotique fétide. Indication d'évacuation. Pose d'un ballon pour déclencher le travail. Œdème du col. On termine par une césarienne corporéale suivie d'hystérectomie supra-vaginale avec ablation des 2 ovaires. Mise en place d'un Mickulicz. Fœtus de près de 6 mois pesant 1.200 gr. n'ayant vécu que quelques minutes. Suites opératoires bonnes. Sortie au 47<sup>e</sup> jour.

Obs. 1917. — I pare de 33 ans. Rupture prématurée des membranes depuis plus de 5 jours. Bassin G. R. Promontoire élevé atteint à 9,7. Tête très élevée au-dessus du D. S. Col non dilaté. Utérus contracté en permanence. Infection ovulaire. Césarienne suivie d'hystérectomie. Enfant 2.900 gr. Bi P = 9,4 vivant. Suites opératoires. Signes de péritonite à partir du 3<sup>e</sup> jour. Femme décédée au 8<sup>e</sup> jour.

Obs. 2494. — Femme de 42 ans. Onzième gestation actuelle. Présentation du front. Injection d'hypophyse. Application de forceps infructueuse en ville. Dilatation grande paume. Œdème du col. Front au D. S. Membranes rompues depuis 24 heures. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie. Enfant 4.250 gr. vivant. Bonnes suites opératoires. Sortie au 24<sup>e</sup> jour (voir présentation du front).

Obs. 2529. — VII pare de 35 ans. 6 accouchements antérieurs normaux. 6 enfants vivants de poids normaux. Septième gestation actuelle. Rupture artificielle précoce de la poche des eaux faite en ville (à dilatation?). Entre dans le service 24 heures après la rupture de la poche des eaux. Contractions utérines rares et peu énergiques. Tête au D. S. non engagée. Dilatation petite paume. Promontoire moyen-

nement élevé accessible au loin. Injection de 1 cc. de spas-malgine étant donnée la mauvaise qualité des contractions utérines. 7 heures plus tard : dilatation complète. Contractions énergiques et répétées. Tête non engagée très élevée, en asynclitisme antérieur. T. : 39°. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie. Enfant 4.480 gr. Bi P=10,4 vivant. Fermetures sans drainage. Bonnes suites opératoires. Sortie au 21<sup>e</sup> jour.

Obs 2796. — III pare de 34 ans. Placenta inséré bas. Hémorragies au cours de la gestation. Etat général médiocre **de la femme**. Présentation transversale irréductible du fœtus. Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie subtotale. Enfant 1.900 gr. Ranimé après 15 minutes de soins. Suites opératoires subfébriles pendant les 20 premiers jours puis apyrexie. Sortie au 45<sup>e</sup> jour.

En résumé : 13 observations, dont 1 gémellaire (obs. 1402).

1 avortement (obs. 1800);

2 enfants morts au cours du travail (obs. 1402 (2<sup>e</sup> jumeau), 1571);

2 enfants morts à la clinique (obs. 709, 1402 (1<sup>er</sup> jumeau);

9 enfants vivants.

Mortalité maternelle : 2 cas (obs. 1402, 1917).

*Césariennes suivies d'extériorisation temporaire  
de l'utérus.*

4 Observations.

OBS. 17. — 1 pare de 32 ans. Membranes rompues prématurément 8 heures avant le début du travail. Périodes de contractions utérines courtes alternant avec des périodes d'arrêt. Dilatation stationnaire depuis plus de 24 heures. Col souple non œdématisé. Tête non engagée. Bassin normal. Infection ovulaire. Signes de souffrance fœtale. Opération de Portes, 48 heures après le début du travail. Enfant 3.880 gr. Bi P = 10 n'ayant pu être ranimé. Suites opératoires. Hyperthermie. Délire. Femme décédée au 6<sup>e</sup> jour.

OBS. 124. — Observation en partie perdue. 1 pare de 29 ans. Début du travail il y a 4 jours. Membranes rompues à une date indéterminée. Dilatation 5 francs. Col un peu épais. Tête élevée. Bassin normal. Liquide amniotique purée de pois, non fétide. Infection ovulaire. T. : 38°2. Opération de Portes. Enfant 3.650 gr. Bi P = 9,3. Ranimé après 10 minutes de soins, décédé à 3 jours. Bonnes suites opératoires. Réintégration de l'utérus au 35<sup>e</sup> jour. Femme sortie au 58<sup>e</sup> jour complètement guérie.

OBS. 2051. — 1 pare de 24 ans. Membranes rompues prématurément depuis 50 heures. Début du travail depuis 24 heures environ. Dilatation stationnaire à 1 franc. Présentation céphalique à la partie haute de l'excavation semblant bloquée n'appuyant pas sur le col. La tête gêne l'exploration du bassin. Contractions fréquentes, mais de courte

durée. Etat général de la femme altéré. Infection ovulaire. Opération de Portes. Enfant 3.180 gr. Ranimé après 20 minutes de soins. Suites opératoires. Réintégration de l'utérus au 37° jour. Phlébite du membre inférieur gauche au 47° jour. Sortie guérie au 75° jour.

Obs. 3088. — I pare de 16 ans. Membranes rompues précocement à dilatation petite paume. Environ 20 heures après le début du travail : dilatation complète, tête fixée au D. S. ne débordant pas le plan de la symphyse. Bassin inexplorable par suite de la situation de la tête, donnant l'impression d'être peu touché. Dans les heures qui suivent, les contractions utérines sont courtes et les efforts expulsifs de la femme médiocre. La tête ne s'engage pas. Opération de Portes environ 25 heures après le début du travail et 14 heures après la rupture des membranes. Enfant 3.810 gr. Bi P = 9,6 n'ayant pu être ranimé. Suites opératoires. Fébriles les 42 premiers jours, puis apyrexie. Réintégration de l'utérus au 73° jour. Femme sortie guérie au 107° jour.

En résumé : 4 observations.

2 enfants morts au cours du travail (obs. 17, 3088);

1 enfant mort à la clinique (obs. 124);

1 enfant vivant (obs. 2051).

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 17).

#### *Césarienne post-mortem.*

Obs. 984. — Voir *Eclampsie convulsive*.

#### *g) Hystérectomies.*

Obs. 989. — Voir *Gestations ectopiques*.

OBS. 3131. — *Hystérectomie dans les suites de couches.* — Femme de 28 ans. Première gestation. Accouchement normal. Hémorragie peu importante après celui-ci. Délivrance naturelle semblant complète. Immédiatement après la délivrance, hémorragie assez importante suivie de shock. L'état s'améliore sous l'influence du traitement (sérum salé I V, caféine, huile camphrée) et l'hémorragie s'arrête. Dans les jours suivants, lochies abondantes et sanglantes. Au 5<sup>e</sup> jour, frisson unique. T. : 40°, et durant 5 jours T. avec grandes oscillations. Sérum anti-streptococcique. Au 10<sup>e</sup> jour, on fait par le toucher le diagnostic de rétention placentaire. La gravité de l'état infectieux fait pratiquer une hystérectomie sub-totale. Mise en place d'un Mickulicz. Bonnes suites opératoires. Fébriles les premiers jours, puis apyretiques à partir du 12<sup>e</sup> jour. Femme sortie guérie 30 jours après l'intervention.

#### h) Délivrance.

##### 1<sup>o</sup> Délivrance artificielle.

##### 71 Observations.

##### Indications :

1<sup>o</sup> 40 fois pour hémorragie (obs. 96, 185, 203, 385, 453, 579, 678, 840, 905, 968, 1022, 1111, 1124, 1305, 1314, 1364, 1430, 1472, 1555, 1672, 1739, 1860, 2043, 2143, 2150, 2160, 2183, 2254, 2306, 2503, 2519, 2556, 2635, 2667, 2679, 2755, 2794, 2857, 3009, 3084).

2<sup>o</sup> 6 fois pour phénomènes de Shock (obs. 565, 993, 1667, 1883, 2121, 3176).

3° 25 fois pour non décollement du placenta (obs. 30, 115, 333, 347, 393, 609, 718, 952, 1400, 1467, 1511, 1569, 1592, 1837, 1945, 1971 (avec accélération du pouls), 2271, 2381, 2697, 2754, 2824, 2858, 2917, 3011, 3097).

Dans 1 cas (obs. 2121), la D. A. fut suivie d'une transfusion de 300 gr., 2 infections puerpérales légères (obs. 1111, 1124.)

Mortalité maternelle : 0.

## 2° Révision utérine.

### 11 Oservations.

#### Indications :

1° 8 fois, il y avait eu délivrance spontanée ou naturelle, mais il y avait doute sur l'intégrité du placenta (obs. 296, 531, 567, 699, 758, 1291, 2225, 2355).

2° 3 fois, il y avait eu hémorragie après la délivrance (obs. 418, 1250, 1682).

Dans 1 cas (obs. 1682), la révision utérine fut suivie d'une transfusion sanguine de 500 gr.

Mortalité maternelle : 0.

## Transfusions.

### 8 Observations.

Obs. 529. — Transfusion sanguine de 200 gr. après intervention pour gestation ectopique (voir ce chapitre).

OBS. 998. — Hémorragie de la délivrance. Insertion basse du placenta (voir gestations gémeillaires).

OBS. 1581. — Insertion basse du placenta. Version par manœuvres internes (voir insertion basse).

OBS. 1682. — Hémorragie après la délivrance. Revision utérine et transfusion.

OBS. 2121. — Gestation gémeillaire. Délivrance artificielle pour phénomènes de shock suivie d'une transfusion sanguine.

OBS. 2169. — Insertion basse du placenta. Abaissement d'un pied (voir insertion basse).

OBS. 2685. — Forceps. Hémorragie très importante avant la délivrance. Délivrance naturelle complète. Arrêt de l'hémorragie. Shock. Transfusion sanguine de 400 gr.

OBS. 2832. — Insertion basse du placenta. Etat général médiocre de la femme. Transfusion sanguine de 350 gr. suivie d'une application de forceps.

**Mortalité maternelle : 3 cas.**

OBS. 529 (voir gestations ectopiques).

OBS. 998 (voir gestations gémeillaires).

OBS. 2685 (voir infection puerpérale).

## CHAPITRE VIII

---

### Gestations ectopiques

---

#### 2 Observations.

Obs. 989. — Femme de 25 ans. Première gestation actuelle assez bien supportée : douleurs peu vives de la région iliaque gauche et de la région lombaire depuis le début de la gestation; métrorragies au cours des premiers mois. Entre dans le service ayant dépassé la date probable du terme de sa gestation de 15 jours environ. Fœtus mort en présentation transversale. Le diagnostic de gestation ectopique est fait grâce à la radiographie après injection intra-utérine de lipiodol. Intervention décidée, 2 mois après l'entrée dans le service, la femme étant fébrile depuis plusieurs jours et ayant eu le matin de l'intervention 2 vomissements alimentaire avec T. : 39°2. Ablation du kyste fœtal avec hystérectomie. Bonnes suites opératoires. Sortie 1 mois après l'intervention.

Obs. 529. — Femme de 29 ans. Première gestation actuelle. Dernières règles du 23 au 27 novembre 30. Le 15 janvier 31, au réveil douleur abdominale brutale suivies les jours suivants de douleurs abdominales vagues avec hémorragie minime de sang noir. Entre à la clinique, le 13 février. Femme pâle avec ventre un peu douloureux sur-

tout à gauche. A l'examen : utérus, peut-être plus développé que ne le laisse prévoir la date de la gestation, en situation normale avec partie gauche plus volumineuse et légèrement douloureuse. Le 23 février à 15 heures, tableau de rupture de gestation ectopique. Intervention immédiate. Gestation ectopique gauche. Section de la trompe entre 2 ligatures. Mickulicz. Après l'intervention, transfusion sanguine de 200 gr. Suites opératoires. Rien d'anormal jusqu'au 9<sup>e</sup> jour. Le 9<sup>e</sup> jour la femme se sent très faible. Femme pâle, pouls bien frappé. Elle meurt subitement dans la soirée.

**A signaler l'observation 2502.**

OBS. 2502. — Laparotomie au 2<sup>e</sup> mois de la gestation pour diagnostic de gestation ectopique. On constate que la gestation est utérine. Accouchement à terme d'un enfant de 2.870 gr.

**Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 529).**

## CHAPITRE IX

---

### Pathologie des suites de couches

---

#### 1° INFECTION PUERPÉRALE.

##### a) Infections légères : 12.

7 fois, après l'accouchement spontané (obs. 69, 220, 245, 994, 1876, 2064, 2968);

2 fois, après application de forceps (obs. 1102, 2804);

1 fois, après basiotripsie (obs. 1878);

2 fois, après une délivrance artificielle (obs. 1111, 1124).

##### b) Infections graves : 10.

OBS. 182. — Infection puerpérale grave ayant débuté au 4<sup>e</sup> jour des suites de couches après un accouchement et une délivrance normaux. Constitution d'un phlegmon du ligament large dans les jours qui suivent. Sérum de Vincent au début, puis vaccinothérapie par le propidon. Femme sortie guérie au 75<sup>e</sup> jour.

OBS. 542. — Infection puerpérale grave ayant débuté 7 jours après un avortement de 4 mois 1/2. Collection suppurée limitée de la fosse iliaque droite. Apparition de vomis-

sements muqueux au 10<sup>e</sup> jour. Indication opératoire posée sur la persistance des vomissements et l'unilatéralité de la lésion. Pus dans la profondeur de la fosse iliaque droite. Trompe droite turgescente et présentant une solution de continuité. Extirpation de celle-ci. Mickulicz et drain. Femme décédée le lendemain dans un syndrome ataxo-adynamique.

Obs. 690. — Infection puerpérale grave ayant débuté au 2<sup>e</sup> jour des suites de couches après une basiotripsie précédée d'incisions du col. Hémo-culture positive (Strepto) au 4 jour. Sérum de Vincent. Femme décédée au 8<sup>e</sup> jour.

Obs. 810. — Avortement au terme de 3 mois. Extraction du placenta à l'aide de la pince à faux-germe, suivie, 14 heures plus tard, d'un curage digital devant l'ascension progressive de la température (38°5). Début de l'infection puerpérale grave dans les 24 heures qui suivent. 2 hémo-cultures pratiquées à 2 jours d'intervalle montrent qu'il s'agit d'une septicémie à colibacilles. Pas de strepto dans le sang. Sérum anticolibacillaire de Vincent. Apparition dans les jours suivants d'une expectoration hémoptoïque sans signes stéthascoutiques nets puis constitution d'un œdème peu marqué du membre inférieur droit (possibilité de phlébite). Femme transféré à Bichat au 45<sup>e</sup> jour présentant une température aux environs de 39° et une expectoration séropurulente abondante..

Obs. 934. — Incision du col et basiotripsie. Infection puerpérale grave ayant débuté au 3<sup>e</sup> jour des suites de couches. L'état paraît s'améliorer dans les jours suivants, mais

au 10<sup>e</sup> jour, recrudescence de la température. Frisson. Hémoculture positive (streptocoques). Immuno-transfusion. Apparition d'une phlébite double des membres inférieurs au 14<sup>e</sup> jour. Constitution d'un phlegmon diffus de l'avant-bras gauche. T. : 39°-40°. Phlegmon incisé au 30<sup>e</sup> jour. Femme décédée au 32<sup>e</sup> jour.

OBS. 1198 bis. — Avortement de 5 mois (p) fait en ville. Curage digital pour température à 38°3 depuis la veille. Courbe thermique des suites de couches à grandes oscillations croissantes dont l'acnée (41°) est atteint au 35<sup>e</sup> jour, puis défervescence. Hémoculture négative. Le diagnostic ferme d'infection puerpérale n'a pas été fait. On a pensé à une crise de paludisme possible. Femme sortie en bon état au 41<sup>e</sup> jour.

OBS. 1306. — Accouchement et délivrance normaux. Infection puerpérale grave ayant débuté au 5<sup>e</sup> jour. Hémoculture pratiquée à plusieurs jours d'intervalle négative. Température à grandes oscillations. On fait le diagnostic de thrombo-phlébite. Intervention au 30<sup>e</sup> jour. Ligature de la veine cave inférieure. Résection du pédicule utéro-ovarien droit. Mickulicz. Femme décédée au 46<sup>e</sup> jour.

OBS. 2685. — Application de forceps après un travail long (85 heures). Hémorragie importante de la délivrance. Shock. Transfusion sanguine. Au 2<sup>e</sup> jour des suites de couches, dyspnée. Signes de congestion pulmonaire. Emission, en petite quantité, d'urines sanglantes, pouls filant. Au 4<sup>e</sup> jour, apparition des signes de réaction péritonéale : vomissements noirâtres. Hoquet. Météorisme abdominal. De plus anurie. Décès.

Obs. 3058. — Accouchement et délivrance normaux. Infection puerpérale ayant débuté à bas bruit au 4<sup>e</sup> jour des suites de couches par légère élévation thermique à 38°4. Elévation franche de la température au 8<sup>e</sup> jour. Sérum anti-streptococcique. Constitution dans les jours suivants d'un phlegmon du ligament large. Apparition au 15<sup>e</sup> jour d'une psychose puerpérale pour laquelle la malade est passée à Sainte-Anne. Fièvre en plateau à 40°. Curettage. Hémoculture positive (Streptocoques). Femme décédée au 19<sup>e</sup> jour des suites de couches. A l'autopsie, péritonite purulente localisée de la 1/2 gauche du petit bassin.

Obs. 3131. — Accouchement normal. Délivrance naturelle ayant paru complète. Hémorragie au cours de la délivrance et après la délivrance. Shock. L'hémorragie persiste légère dans les suites de couches, mais l'état général reste bon et la température normale. Au 5<sup>e</sup> jour début de l'infection perpuérale par frisson et T. à 40°. Pertes sanglantes, température à grandes oscillations les jours suivants. L'état général devient mauvais. Au 10<sup>e</sup> jour on fait par le toucher le diagnostic de rétention placentaire. Hystérectomie sub-totale. Femme sortie en bon état au 40<sup>e</sup> jour des suites de couches.

**En résumé : 10 cas d'infection grave.**

3 cas, après accouchement et délivrance normaux (obs. 182, 1306, 3058);

3 cas, après avortement (obs. 542, 810, 1198 bis) (possibilité de paludisme);

1 cas, après application de forceps (obs. 2685);

2 cas, après basiotripsie (obs. 690, 934);

1 cas, avec rétention placentaire (obs. 3131).

1 femme transférée dans un autre hôpital en mauvais état (obs. 810).

Mortalité maternelle : 6 cas (obs. 542, 690, 934, 1306, 2685, 3058).

## 2° PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS.

### 14 Observations.

(obs. 5, 301, 311, 476, 631, 653, 842, 1571, 1674, 1911, 2051, 2350, 2506, 2689.)

La phlébite est apparue :

6 fois, après accouchement et délivrance normaux (obs. 5, 311, 631, 653, 1911, 2350);

1 fois, après accouchement d'un macéré (obs. 2689);

2 fois, après application de forceps (obs. 301, 842);

1 fois, après extraction du siège (obs. 476);

2 fois, après césarienne basse (obs. 1674, 2506);

1 fois, après césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 1571);

1 fois, après opération de Portes (obs. 2051).

La phlébite a débuté :

11 fois, à gauche (obs. 5, 301, 311, 631, 653, 842, 1571, 1674, 2051, 2350, 2689). Elle s'est compliquée

4 fois d'une phlébite droite (obs. 5, 842, 1571, 2689);

3 fois, à droite (obs. 476, 1911, 2506). Elle s'est compliquée 1 fois d'une phlébite gauche (obs. 2506).

Mortalité maternelle : 0.

### 3° ABCÈS DU SEIN.

21 cas, pour la plupart incisés (obs. 187, 501, 553, 691, 917, 935, 1009, 1104, 1593, 1680, 1784, 1847 *bis*, 1876 *bis*, 2184, 2498, 2553, 2804, 2957, 3119, 3184, 3195).

### 4° HÉMORRAGIES DES SUITES DE COUCHES.

#### 7 Observations.

OBS. 159. — Au 8<sup>e</sup> jour des suites de couches. Hémorragie abondante d'un 1/2 litre environ, qui ne se reproduit pas les jours suivants.

OBS. 1087. — Hémorragie au 2<sup>e</sup> jour des suites de couches ayant entraîné chez la femme un état de shock assez marqué. L'hémorragie diminue rapidement et l'état général s'améliore.

OBS. 1662 *bis*. — Hémorragie au 17<sup>e</sup> jour des suites de couches, de moyenne abondance, qui ne s'est pas reproduit les jours suivants.

OBS. 1724 *bis*. — Avortement de 2 mois, fait en ville. Hémorragie des suites de couches. Expulsion au 19<sup>e</sup> jour d'un cotylédon.

OBS. 2840. — Césarienne basse itérative. Hémorragie foudroyante au 11<sup>e</sup> jour des suites opératoires (voir Césariennes basses itératives).

OBS. 3029. — Hémorragie au 14<sup>e</sup> jour des suites de couches, assez abondante, ayant persisté, peu importante, jusqu'au 19<sup>e</sup> jour.

OBS. 3131. — Hémorragie des suites de couches. Rétention placentaire. Infection. Hystérectomie sub-totale (voir Hystérectomies).

**Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 2840).**

#### 5<sup>e</sup> AFFECTIONS AU COURS DES SUITES DE COUCHES.

##### *Pyélonéphrite et appendicite des suites de couches*

(Voir gestation)

##### *Maladies infectieuses.*

OBS. 7. — Scarlatine suspecte. Sortie sur sa demande au 10<sup>e</sup> jour.

OBS. 689. — Scarlatine au 3<sup>e</sup> jour. Transférée à Claude-Bernard.

OBS. 802. — Avortement thérapeutique pour pyélonéphrite gravido-toxique. Transférée à Claude-Bernard pour érysipèle de la face, 16 jours après l'intervention.

OBS. 957. — Paludisme possible dans les suites de couches. Sortie sur sa demande au 26<sup>e</sup> jour.

OBS. 980. — Un accès de paludisme dans les suites de couches. Sortie au 13<sup>e</sup> jour.

*Affections pulmonaires.*

OBS. 96. — Congestion pulmonaire. Sortie sur sa demande au 17<sup>e</sup> jour.

OBS. 173. — Broncho-pneumonie transférée à l'hôpital Cochin au 19<sup>e</sup> jour.

OBS. 565 bis. — Broncho-pneumonie. Sortie guérie au 15<sup>e</sup> jour.

OBS. 1287. — Accouchement et délivrance normaux. 27 ans. Il y a 10 ans pleurésie sèche avec lésion au sommet gauche. Toux fréquente depuis. Granulée pulmonaire dans les suites de couches. Décès au 31<sup>e</sup> jour (voir Tuberculose).

OBS. 2199. — Congestion pulmonaire. Sortie au 16<sup>e</sup> jour sur sa demande.

OBS. 2930. — Ablation à la fin du 8<sup>e</sup> mois de la gestation sans hystérotomie d'un kyste de l'ovaire droit abdominal. Entrée en travail 66 heures après l'intervention. Forceps à dilatation complète. Infarctus pulmonaire, le lendemain de l'accouchement. Suspicion de phlébite des membres inférieurs au 7<sup>e</sup> jour des suites de couches et immobilisation. Décès au 14<sup>e</sup> jour. A l'autopsie, pleurésie purulente droite et abcès du poumon droit correspondant à l'infarctus infecté. Thrombose du pédicule utéro-ovarien lié à droite.

Mortalité maternelle : 2 cas (obs. 1287, 2930).

### *Maladies mentales.*

OBS. 467. — Somnambule habituelle. Hallucinations nocturnes avec zoopsie. Crises de neurasthénie dans les derniers mois de la gestation. Accouchement au terme de 7 mois. Enfant 1.730 gr. vivant. Au 5<sup>e</sup> jour des suites de couches, manie puerpérale. Dirigée sur Sainte-Anne.

OBS. 2692. — Troubles mentaux à partir du 5<sup>e</sup> mois de la première gestation en 1924. Disparition de ceux-ci après l'accouchement. Deuxième gestation en 1925. Rien d'anormal. Troisième gestation actuelle. Normale. Enfant à terme, 3.520 gr. vivant. Apparition des troubles mentaux au 3<sup>e</sup> jour des suites de couches. Psychose puerpérale à forme mélancolique, passée à Sainte-Anne.

OBS. 3058. — Accouchement et délivrance normaux. Infection puerpérale ayant débuté à bas bruit au 4<sup>e</sup> jour des suites de couches. Apparition au 15<sup>e</sup> jour d'une psychose puerpérale (état confusionnel) femme passée à Sainte-Anne et décédée quelques jours plus tard de péritonite (voir Infection puerpérale).

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 3058).

### *Divers.*

OBS. 215. — Cystite à colibacilles. Sortie sur sa demande au 27<sup>e</sup> jour.



## CHAPITRE X

---

### **Mortalité maternelle**

---

46 femmes sont mortes à la clinique :

OBS. 17. — Opération de Portes.

OBS. 138. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 372. — Césarienne basse primitive.

OBS. 469. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 529. — Grossesse ectopique.

OBS. 542. — Infection puerpérale.

OBS. 575. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 625. — Accouchement et délivrance normaux.  
Femme décédée subitement 1 heure après l'accouchement.

OBS. 628. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 635. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 659. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 666. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 690. — Infection puerpérale.

OBS. 714. — Broncho-pneumonie grippale.

OBS. 883. — Césarienne basse primitive.

OBS. 934. — Infection puerpérale.

OBS. 984. — Eclampsie. Œdème aigu du poumon.

OBS. 998. — Gémellaire. Insertion basse du placenta.  
Hémorragie au cours du travail et de la délivrance.

OBS. 1022 bis. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 1106. — Césarienne basse primitive.

OBS. 1109 bis. — Cause inconque.

OBS. 1210. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 1224. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 1287. — Granulée pulmonaire dans les suites de  
couches.

OBS. 1306. — Infection puerpérale.

OBS. 1402. — Césarienne suivie d'hystérectomie.

OBS. 1439. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 1493. — Péritonite appendiculaire.

OBS. 1566. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 1610. — Cause inconnue.

OBS. 1917. — Césarienne suivie d'hystérectomie.

OBS. 1964 bis. — Crise convulsive avec cyanose intense survenue brusquement à la consultation. Albuminurie? Mort en quelques minutes.

OBS. 2164. — Avortement thérapeutique pour vomissements graves.

OBS. 2218. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 2241. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 2302. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 2322. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 2323. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 2389. — Tuberculose pulmonaire.

OBS. 2484. — Basiotripsie. Dystocée des épaules. Rupture utérine.

OBS. 2539. — Césarienne basse primitive.

OBS. 2685. — Infection puerpérale.

OBS. 2840. — Hémorragie foudroyante 11 jours après une césarienne basse itérative.

OBS. 2930. — Pleurésie purulente droite et abcès du poumon droit dans les suites de couches.

OBS. 3035. — Avortement thérapeutique pour vomissements graves.

OBS. 3058. — Infection puerpérale.

## CHAPITRE XI

---

### Pathologie du nouveau-né

---

#### 1° ENFANTS DÉBILES.

296 Observations.

Il s'agit d'enfants nés prématurément ou à terme, dont le poids est inférieur ou égal à 2.500 gr.

a) Enfants pesant moins de 2.000 gr. : 117 observations (obs. 82, 101, 106 (les 2 jumeaux), 119, 142, 173, 224, 234, 283, 332, 451, 456, 531, 531 bis, 565 bis, 554, 611, 628, 641, 659, 666, 683 (les 2 jumeaux), 693, 731, 787, 807, 832, 862, 911 (1<sup>er</sup> jumeau), 916, 955, 969, 977, 1069, 1084 bis, 1095, 1108, 1109 bis, 1182, 1198, 1261, 1288 (2<sup>e</sup> jumeau), 1291, 1304 bis, 1312, 1317, 1337, 1342, 1347 (1<sup>er</sup> jumeau), 1408, 1430 (1<sup>er</sup> jumeau), 1442 (les 2 jumeaux), 1443, 1487, 1511, 1531, 1540, 1551, 1556, 1566, 1572 (les 2 jumeaux), 1577, 1633, 1680, 1688, 1738, 1813, 1831, 1852, 1876 bis, 1911, 1939 (les 2 jumeaux), 1994, 2121 (2<sup>e</sup> jumeau), 2132 (2<sup>e</sup> jumeau), 2139, 2171, 2190, 2218, 2265, 2323, 2325, 2352, 2389, 2459 (les 2 jumeaux), 2489, 2620, 2652, 2658 bis (les 2 jumeaux), 2736, 2754 (les 2 jumeaux), 2763, 2793, 2796, 2798, 2810, 2813, 2858,

2943, 2953 (2° jumeau), 2954 (les 2 jumeaux), 2973, 3034, 3057, 3084 (les 2 jumeaux), 3164, 3211).

Parmi ces 117 enfants, 75 sont morts durant leur séjour à la clinique.

b) Enfants pesant de 2.000 à 2.500 gr. : 179 observations (obs. 10 bis, 11, 29, 60, 61, 66, 75, 83, 96, 135, 168, 182, 211, 216, 275, 277, 296, 299, 308, 310, 315, 328, 330, 364, 374 bis, 393, 403 (2° jumeau), 424, 449, 469, 494, 509, 514, 519, 526, 550, 555, 556, 564, 603, 620, 622, 623, 651, 671, 685, 703, 716, 758, 814, 827, 838, 845, 853, 863, 867, 873, 911 (2° jumeau), 941, 981, 984, 994, 998 (2° jumeau), 1002, 1009, 1020, 1028, 1039, 1044, 1066, 1079, 1110, 1115, 1120, 1143, 1144, 1158, 1195, 1200, 1201, 1217, 1229, 1285, 1288 (1<sup>er</sup> jumeau), 1314, 1330, 1340, 1360, 1396, 1415, 1429, 1430 (2° jumeau), 1527, 1545, 1570, 1578, 1586, 1592, 1610, 1640, 1646, 1686, 1745, 1760, 1780 (2° jumeau), 1788, 1812, 1823, 1855 (les 2 jumeaux), 1863, 1874, 1937, 1943, 1951, 1967, 2053, 2058, 2063, 2064, 2067, 2085, 2102, 2121 (1<sup>er</sup> jumeau), 2134, 2152 bis, 2214, 2246, 2258, 2295, 2300, 2351, 2353, 2358, 2392, 2396, 2413, 2474, 2475, 2495, 2511, 2525 (les 2 jumeaux), 2624, 2667, 2670, 2674, 2696, 2712, 2795, 2809, 2834, 2846, 2854, 2886 (les 2 jumeaux), 2887, 2901, 2905, 2916 (les 2 jumeaux), 2953 (1<sup>er</sup> jumeau), 2974, 2984, 3011, 3020, 3023 (2° jumeau), 3028, 3045, 3064, 3071, 3081, 3101, 3116 bis, 3151, 3179, 3189, 3190, 3192).

Parmi ces 179 enfants, 23 sont morts durant leur séjour à la clinique.

## 2° MALFORMATIONS FŒTALES.

### 33 Observations.

OBS. 276. — Accouchement prématuré au terme de 6 mois  $1/2$  d'un anencéphale de 820 gr. Hydramnios à marche lente. Hecht : 00. Accouchement en 1932 (Obs. 1022) d'un enfant normal.

OBS. 319. — Accouchement au terme de 7 mois  $1/2$  d'un fœtus macéré de 650 gr., hydrocéphale. Antérieurement 3 enfants morts en bas-âge. 1 mort-né. 1 enfant bien portant. Hecht : 00.

OBS. 336. — Accouchement au terme de 7 mois  $1/2$  d'un fœtus de 1.700 gr. en présentation du siège, n'ayant pu être ranimé et présentant les malformations suivantes : imperforation anale. Hypospadias pénien. Hydrocèle droite. Ectopie testiculaire gauche. Antérieurement accouchement normal à terme d'un enfant de 3.500 gr., bien conformé. Hecht : 00.

OBS. 356. — Accouchement au terme de 7 mois environ d'un fœtus de 2.320 gr. en présentation du siège n'ayant pu être ranimé et présentant une imperforation anale. Hecht : 00.

OBS. 381. — Accouchement à terme d'un enfant de 3.030 gr. présentant une exstrophie vésicale. Enfant sorti de la clinique à 12 jours sur la demande de la mère. Enfant normal à une précédente gestation.

OBS. 578. — Femme traitée pour polymortalité infantile. Hecht : 00. Gestation gémellaire bichoriale. Enfants sortis vivants de la clinique. Le 2° jumeau présente un pied bot.

OBS. 652. — Accouchement au terme de 7 mois 1/2 d'un fœtus achondroplase de 1.970 gr. en présentation du siège et n'ayant pu être ranimé. Hydramnios : 3 litres 1/2. Antérieurement, 1 accouchement normal à terme d'un enfant bien portant. 1 accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant présentant des stigmates d'hérédo-syphilis. Femme non traitée. Hecht : 00.

OBS. 773. — Accouchement à terme d'un enfant de 2.660 gr. vivant, présentant un clitoris géant et des grandes lèvres hypertrophiées pseudo-scrotales. Hecht : 00.

OBS. 843. — Accouchement à terme d'un enfant de 2.650 gr. vivant, présentant les malformations suivantes : amputation du gros orteil droit, atrophie du 2° orteil droit. Amputation des 1<sup>er</sup>, 2°, 3° orteils gauches. Sillon presque circulaire sur les jambes, plus profond à droite qu'à gauche, hydrocèle et hypospadias. Hecht : 00.

OBS. 1011. — Accouchement au terme de 8 mois 1/2 d'un enfant de 3.550 gr. vivant, présentant un hypospadias.

OBS. 1218. — 3 avortements antérieurs. Hecht : 00. Utérus bicorné. Accouchement à terme d'un enfant de 3.470 gr. vivant, présentant une syndactylée de la main droite.

OBS. 1375. — 1 avortement antérieur. Hecht : 00. Accouchement à terme d'un enfant de 2.930 gr. vivant, présentant une desquamation presque totale, de gros œdèmes des 2 membres inférieurs, surtout à droite, une déformation symétrique des tibias concaves en dedans.

OBS. 1675. — Accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.890 gr., présentant une hydrocèle double.

OBS. 1720. — Antérieurement 2 enfants normaux. 1 enfant porteur de pieds bots. Accouchement à terme d'un enfant de 3.410 gr. vivant, présentant 2 pieds bots talus équinaux. Hecht : 00.

OBS. 1893. — 3 avortements antérieurs. Hecht : 00. Traitée au cours de la gestation actuelle. Accouchement à terme d'un enfant de 3.450 gr. vivant, présentant une double ectopie testiculaire et une hernie ombilicale fœtale dont l'orifice a 3 cm. de diamètre. Suture de la paroi:

OBS. 1909. — Antérieurement, 2 enfants normaux. Accouchement à terme d'un enfant de 3.650 gr. vivant, présentant un 6<sup>e</sup> doigt rudimentaire au niveau de chaque main, une syndactylie des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> orteils du pied droit, un hypospadias, une hydrocèle double.

OBS. 1948. — Accouchement à terme d'une fille de 3.000 gr. vivante, présentant un petit kyste vulvaire.

Obs. 2097. — Accouchement à terme d'un enfant de 2.800 gr. vivant, présentant une amputation congénitale du bras gauche à sa partie moyenne. Hecht : 00.

Obs. 2162. — Accouchement à terme d'un enfant de 3.270 gr. vivant, présentant une double ectopie testiculaire.

Obs. 2300. — Antérieurement 2 enfants à terme vivants. 2 prématurés morts peu après leur naissance. 1 enfant à terme vivant. Hecht : 00. Accouchement à terme d'un enfant pesant 2.290 gr. vivant, présentant une spina bifida lombo-sacrée. Femme sortie au 8<sup>e</sup> jour sur sa demande, emmenant son enfant.

Obs. 2401. — Antérieurement 1 enfant normal à terme. Accouchement à terme d'un enfant de 3.370 gr. vivant, présentant un pouce supplémentaire de la main gauche,

Obs. 2456. — Accouchement au terme de 8 mois 1/2 d'un enfant vivant de 3.200 gr., présentant 2 pieds bots varus.

Obs. 2665. — 1 accouchement normal à terme. Hecht : 00. Accouchement à terme d'un enfant de 3.350 gr. vivant, présentant une pseudo-macération au niveau des membres supérieurs.

Obs. 2699. — Femme sourd-muette. Expulsion au terme de 8 mois d'un fœtus macéré pesant 720 gr. et présentant un doigt supplémentaire au niveau de la main droite, un orteil supplémentaire au niveau de chaque pied.

Obs. 2758. — Enfant à terme vivant pesant 3.370 gr., présentant une hernie ombilicale du type banal sans anomalie de l'ombilic, avec anneau ombilical de la dimension d'une pièce de 2 francs. A noter que les 2 autres enfants de la femme, nés à terme, présentaient à la naissance une hernie ombilicale du même type.

Obs. 2877. — Enfant présentant, au niveau de l'oreille droite, 2 polypes de la région pré-tragienne.

Obs. 2887. — Antérieurement 7 enfants normaux à terme, 4 vivants, 3 morts en bas-âge. Accouchement à terme d'un enfant vivant pesant 2.200 gr. et présentant un bec de lièvre unilatéral gauche avec absence de voile du palais et fissure de la voute du palais, une absence du 2<sup>e</sup> orteil au niveau du pied gauche.

Obs. 2889. — Accouchement à terme d'un amencéphale pesant 2.680 gr. Excès de liquide. Hecht : 00.

Obs. 3026. — Accouchement à terme d'un enfant vivant de 2.880 gr., présentant 2 pieds bots.

Obs. 3169. — Antérieurement 5 enfants à terme normaux vivants. Accouchement à 8 mois 1/2 d'un enfant de 3.670 gr. vivant, présentant 2 pieds bots.

Obs. 3187. — Antérieurement 3 enfants à terme normaux vivants. 2 avortements. Accouchement à terme d'un enfant de 3.900 gr. vivant, présentant une cryptorchidie.

Obs. 3198. — Antérieurement 1 enfant à terme décédé à

1 mois. Accouchement à terme d'un enfant pesant 3.630 gr. vivant et présentant un pied bot droit.

OBS. 3206. — Accouchement à terme par basiotripsie d'un hydrocéphale pesant 3.470 gr. (sans la matière cérébrale) et présentant un bec de lièvre bilatéral. Hecht : 00. Une sœur du mari a accouché d'un hydrocéphale.

### 3° AFFECTIONS DIVERSES.

#### a) *Melæna.*

OBS. 1330. — Enfant vivant.

OBS. 1709. — Melæna et hématéhièses. Mort à 11 jours.

#### b) *Hématémèses.*

OBS. 182. — Mort à 3 jours.

OBS. 1610. — Mort à 30 jours.

#### c) *Ictère rouge.*

OBS. 863. — Hématurie au 3<sup>e</sup> jour, ayant persisté jusqu'à la mort survenue au 5<sup>e</sup> jour.

#### d) *Hémorragie ombilicale secondaire.*

OBS. 2624. — Survenue au 9<sup>e</sup> jour. Mort à 14 jours. Mère soignée pour syphilis.

e) *Erysipèle.*

OBS. 1174, 1953.

f) *Hématome du sterno-cléido-mastoïdien.*

OBS. 1211, 2138.

g) *Fractures de l'humérus.*

OBS. 360. — Accouchement normal par le sommet. Fracture de l'humérus au 1/3 moyen, constatée quelques heures après la naissance. Appareillage.

OBS. 734. — Accouchement normal par le sommet. L'enfant présente, 10 jours après la naissance, une fracture du bras gauche partie moyenne, dont on ne peut s'expliquer la cause. Appareillage. Mort subite à 12 jours.

4° MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ.

86 Observations.

Dans 59 cas, on a pu ranimer l'enfant (obs. 124, 367, 368, 385, 476, 491, 501, 546, 551, 554, 774, 883, 894, 930, 971, 972, 990, 1015, 1040, 1085, 1093, 1106, 1163, 1369, 1375, 1396, 1402 (1<sup>er</sup> jumeau), 1424, 1723, 1845, 2046, 2051, 2057, 2121, 2127, 2132 (2<sup>e</sup> jumeau), 2162, 2232, 2235, 2388, 2449, 2463, 2539, 2551 (2<sup>e</sup> jumeau), 2599, 2607, 2614, 2662, 2715, 2734, 2742, 2796, 2970, 3001, 3070, 3097, 3105, 3119, 3155) :

17 fois, il y avait eu accouchement spontané par le sommet (dans 1 de ces cas, il y avait eu procidence du cordon; dans un autre cas, il s'agissait d'une présentation de la face);

6 fois, il y avait eu accouchement spontané par le siège;

11 fois, l'enfant avait été extrait par forceps;

1 fois, on avait pratiqué une extraction du siège;

1 fois, on avait pratiqué une version par manœuvres internes, suivie d'une extraction du siège (dans ce cas existait une procidence du cordon);

23 fois, on avait extrait l'enfant par césarienne (dans un de ces cas existait une procidence du cordon).

9 enfants sont morts durant leur séjour à la clinique (obs. 124, 476, 551, 1163, 1402, 2132, 2742, 3001, 3155).

Dans 27 cas, on n'a pu ranimer l'enfant (obs. 17, 177, 186, 336, 356, 432, 434, 577, 652, 672, 739, 926, 1065, 1306, 1402 (2° jumeau), 1826, 1987, 2140, 2170, 2204, 2285, 2414, 2429, 2580, 2741, 3088, 3120) :

4 fois, il y avait eu accouchement spontané par le sommet (dans ce cas, 3 fois la mère était syphilitique, obs. 177, 432, 1987);

9 fois, il y avait eu accouchement spontané par le siège (parmi ces cas, 3 malformations fœtales, obs. 336, 356, 652);

4 fois, l'enfant avait été extrait par forceps;

3 fois, on avait pratiqué une extraction du siège (dans 1 de ces cas, existait une procidence du cordon);

2 fois, on avait pratiqué une manœuvre de Champetier de Ribes sur tête dernière (dans 1 de ces cas, la mère était éclamptique);

1 fois, on avait pratiqué une version par manœuvres internes suivie d'extraction (dans ce cas, la mère était syphilitique);

4 fois, l'enfant avait été extrait par césarienne.

#### B.C.G.

On a donné du vaccin B.C.G. :

1° A tous les enfants nés de mères tuberculeuses;

2° Sur demande, aux enfants dont les parents étaient suspects de tuberculose.

Ce vaccin a été donné le plus souvent à des enfants dont le poids était égal ou supérieur à 2.500 gr.

8 fois, on a donné le vaccin à des enfants dont le poids était inférieur à 2.500 gr.

Dans l'ensemble : 464 enfants ont été vaccinés.

Parmi lesquels 12 sont morts dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance.

Sur ce nombre, 11 étaient nés de mères tuberculeuses, ayant le plus souvent une expectoration bacillifère.

MORTALITÉ INFANTILE.

211 Observations.

a) Fœtus morts pendant le travail : 70.

Parmi ceux-ci :

18 pesaient moins de 2.500 gr. (obs. 262 (1<sup>er</sup> jumeau), 336, 356, 652, 714, 1111 (les 2 jumeaux), 1140, 1221, 1231, 1409, 1581, 1993, 2132 (1<sup>er</sup> jumeau), 2169, 2402, 3110, 3220).

29 pesaient de 2.500 gr. à 3.250 gr. (obs. 132, 172, 177, 186, 434, 672, 673, 998 (1<sup>er</sup> jumeau), 1306, 1402 (2<sup>e</sup> jumeau), 1418, 1505, 1612, 1798, 1826, 1878, 1976, 1987, 2170, 2204, 2285, 2426, 2429, 2505, 2659, 2664, 2772, 2832, 3093).

23 pesaient plus de 3.250 gr. (obs. 17, 432, 577, 690, 739, 757, 926, 934, 1065, 1234, 1571, 1587, 1661, 1858, 2140, 2414, 2484, 2580, 2609, 2741, 3088, 3120, 3176).

b) Enfant extrait par césarienne post-mortem.  
Enfant mort-né (obs. 984).

c) Enfants morts durant leur séjour à la clinique :  
140.

Parmi ceux-ci :

98 avaient un poids inférieur ou égal à 2.500 gr. (obs. 60, 83, 101, 106 (2<sup>e</sup> jumeau), 119, 142, 173, 182, 308, 451, 456, 494, 526, 531, 531 bis, 565 bis, 611, 641, 659, 666, 683 (les 2 jumeaux), 693, 787, 807, 862,

863, 916, 955, 969, 1069, 1084 *bis*, 1108, 1109 *bis*, 1182, 1198, 1201, 1261, 1291, 1312, 1317, 1337, 1342, 1408, 1442 (2° jumeau), 1487, 1511, 1531, 1566, 1570, 1572 (1<sup>er</sup> jumeau), 1610, 1633, 1640, 1646, 1738, 1852, 1939 (les 2 jumeaux), 2063, 2064, 2067, 2132 (2° jumeau), 2139, 2171, 2190, 2214, 2265, 2323, 2325, 2352, 2389, 2459 (les 2 jumeaux), 2489, 2495, 2525 (les 2 jumeaux), 2620, 2652, 2658 *bis* (les 2 jumeaux), 2667, 2696, 2736, 2754 (2° jumeau), 2798, 2810, 2813, 2858, 2954 (les 2 jumeaux), 3011, 3023 (2° jumeau), 3084 (les 2 jumeaux), 3179, 3211).

42 avaient un poids supérieur à 2.500 gr. (obs. 89, 124, 138, 160, 244, 261, 426, 476, 483, 551, 573, 581, 663, 708, 709, 734, 822, 825, 1163, 1170, 1275, 1302, 1360, 1402 (1<sup>er</sup> jumeau), 1486, 1542, 1709, 1713, 1977, 2001, 2133, 2207, 2253, 2298, 2322, 2571, 2624, 2742, 3001, 3038, 3055, 3155).



## TROISIEME PARTIE

---

Le Service social de la Clinique Baudelocque est assuré par l'étroite collaboration de deux œuvres : La « Société d'Assistance maternelle et infantile de la Clinique Baudelocque » et l'œuvre du « Service social à l'Hôpital, section des Maternités ».

La « Société d'Assistance maternelle et infantile de la Clinique Baudelocque » été créée en 1919 dans le but d'annexer à la Maternité de Baudelocque une œuvre permanente d'assistance sociale.

Les principaux moyens d'action sont :

1° Une caisse de secours mise à la disposition de l'assistance sociale;

2° Un vestiaire avec distribution de layettes deux fois par semaine;

3° Deux pouponnières à Montgeron qui recueillent temporairement les enfants de 1 à 3 ans de mère indigente hospitalisée à la Clinique.

L'« Œuvre du Service social à l'Hôpital » fonctionne à la Clinique Baudelocque depuis 1922. Le service social est un organisme créé à côté du service médical pour compléter son œuvre. Il est assuré par quatre assistantes.

FONCTIONNEMENT. — Toute femme consultante ou hospitalisée est l'objet d'une enquête à établir, quelles sont ses conditions d'existence, matérielles et morales, ses besoins personnels ou familiaux, tant au point de vue médical qu'au point de vue social.

Au point de vue médical, l'enquête de l'assistante doit renseigner le médecin sur les antécédents et le milieu dans lesquels vit la femme. Si celle-ci est malade, l'assistante est chargée d'obtenir les diagnostics fournis dans les services où elle a été soignée, ou encore de diriger la femme suspecte dans le service spécial où elle doit être examinée.

Dans les cas de tuberculose et de syphilis, le rôle de l'assistante est particulièrement actif, puisqu'il existe à la Clinique Baudelocque une maternité isolée pour tuberculeuses et un dispensaire anti-syphilitique.

Elle doit établir une liaison constante avec les services hospitaliers et les dispensaires d'hygiène sociale.

Si une mère est atteinte de tuberculose, l'assistante obtient, en collaboration avec la visiteuse du dispensaire, ou sa collègue du service de phtisiologie, la séparation du bébé dès sa naissance, et se charge du placement de l'enfant dans les œuvres spécialisées (Placement familial des Tout-petits et Œuvre Grancher).

Si une mère est atteinte de syphilis, l'assistante la dirige sur le dispensaire annexé à la clinique, s'assure qu'elle y est traitée régulièrement, s'informe de la cause d'une interruption de traitement et recherche la femme par visite ou par convocation.

L'assistante a naturellement un rôle prophylactique auprès de tous les membres de la famille, et a souvent l'occasion de faire à domicile le dépistage des maladies contagieuses ou héréditaires. Elle leur facilite alors les moyens de se faire soigner en les signalant dans les dispensaires qui doivent les prendre à charge.

Au point de vue social, l'assistante est spécialisée pour résoudre les problèmes que posent les différents cas qu'elle rencontre.

Elle renseigne la femme sur l'aide qui peut lui être accordée, elle lui indique les moyens de recevoir les allocations auxquelles elle a droit (secours d'assistance aux femmes en couches, primes d'allaitement, secours préventifs d'abandon, secours aux familles nombreuses, primes de natalité). Elle cherche pour elle et les siens des possibilités de travail en rapport avec sa situation. Elle lui épargne éventuellement le souci de ses autres enfants, en les plaçant dans des abris temporaires. Enfin, elle la dirige sur les multiples œuvres d'assistance publique ou privée, pour le plus grand profit de l'intéressée.

Auprès de la femme seule, le but de l'assistante est d'empêcher l'abandon de l'enfant et de décider la mère à l'allaitement. Elle la dirige sur les cantines maternelles, la place dans les refuges de femmes enceintes (en particulier dans celui de l'avenue du Maine : « Œuvre de l'allaitement maternel »), et, après l'accouchement, elle l'envoie dans des asiles de convalescence (généralement à la Maison maternelle nationale de

Saint-Maurice). Elle s'efforce alors de procurer à la mère une situation lui permettant de garder son enfant avec elle ou, si cela n'est pas possible, de placer le bébé dans un centre d'élevage surveillé ou dans une pouponnière.

Pour chaque cas nécessitant une intervention spéciale, un dossier est constitué, et l'assistante se rend à domicile pour suivre de plus près l'intéressée.

Le Service social, qui demeure en relations suivies avec ses assistées, est aussi, pour l'établissement de nombreuses statistiques, l'agent de liaison nécessaire entre ces assistées et le service médical de la Clinique Baudelocque.

*Fonctionnement du service social.*

1.286 cas inscrits.

1.185 cas suivis.

592 visites à domicile .

191 démarches.

*Placement des femmes : au total 504.*

245 avant leurs couches.

201 après leurs couches.

55 pour travailler dont 28 avec enfants.

Femmes dirigées sur des cantines maternelles : 98.

Femmes dirigées sur des consultations de nourrissons : 571.

Femmes signalées au fichier central : 67.

*Placements d'enfants : 14.*

*Placements de nourrissons : 88.*

Dont 62 au placement familial des tout-petits.

*Résultats moraux :*

16 abandons conjurés.

Secours en espèces : 3.969 francs.

24 pièces vestimentaires.

120 pièces de layettes.

276 liaisons avec les dispensaires d'hygiène sociale.

402 liaisons avec les autres services sociaux.



## Conclusions

---

La Maternité Baudelocque, clinique obstétricale de la Faculté de Médecine, comprend :

1° Un service d'hospitalisation comprenant :

- a) Un service général pour les femmes gravides, parturientes et accouchées;
- b) Un service spécial réservé aux femmes gravides, parturientes et accouchées, atteintes de tuberculose pulmonaire;
- c) Un service de gynécologie.

2° Un service de polyclinique comprenant quatre dispensaires :

- a) Dispensaire pour les femmes en état de gestation;
- b) Dispensaire pour les mères nourrices et les nourrissons;
- c) Dispensaire pour le traitement familial de la syphilis;
- d) Dispensaire pour les affections gynécologiques.

3° Un service d'assistance sociale, en liaison avec les dispensaires d'hygiène sociale et les œuvres publiques et privées.

Permis d'imprimer :

Vu : *Le Doyen*,  
BALHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,  
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris*,  
CHARLÉTY.

## Table des matières

---

|                                                         | Pages |
|---------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION .....                                      | 13    |
| PREMIÈRE PARTIE. — Consultations.....                   | 15    |
| DEUXIÈME PARTIE. — Service d'accouchement :             |       |
| Statistique générale .....                              | 17    |
| I. Avortements .....                                    | 19    |
| II. Rétention de fœtus morts .....                      | 23    |
| III. Accouchements .....                                | 27    |
| Présentation (en général) .....                         | 27    |
| Présentation du sommet .....                            | 27    |
| Présentation de la face .....                           | 27    |
| Présentation du front .....                             | 28    |
| Présentation de l'épaule .....                          | 29    |
| Présentation du siège .....                             | 36    |
| Grossesses gémeillaires .....                           | 41    |
| IV. Complications de la gestation .....                 | 47    |
| 1° Utérus .....                                         | 47    |
| a) Malformations utérines .....                         | 47    |
| b) Fibromes de l'utérus gravide .....                   | 52    |
| 2° Oeuf .....                                           | 56    |
| a) Hydramnios .....                                     | 56    |
| b) Gros œuf .....                                       | 58    |
| c) Môle vésiculaire .....                               | 59    |
| d) Insertion du placenta sur le segment inférieur ..... | 60    |
| 3° Etats pathologiques gravidiques .....                | 66    |
| a) Vomissements graves .....                            | 66    |
| b) Albuminurie de la gestation .....                    | 70    |
| c) Eclampsie convulsive .....                           | 75    |
| d) Hémorragie rétro-placentaire .....                   | 80    |

|                                                                         | Pages |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4° Etats pathologiques généraux .....                                   | 81    |
| a) Syphilis .....                                                       | 81    |
| b) Tuberculose pulmonaire .....                                         | 87    |
| c) Pleurésies .....                                                     | 92    |
| d) Affections pulmonaires .....                                         | 93    |
| e) Pyélonéphrites .....                                                 | 94    |
| f) Cardiopathies .....                                                  | 97    |
| g) Appendicite .....                                                    | 101   |
| h) Affections rénales .....                                             | 102   |
| i) Affections diverses .....                                            | 105   |
| 5° Décollement prématuré du placenta d'origine traumatique .....        | 113   |
| V. Complications de la parturition.....                                 | 115   |
| 1° Obstacles au niveau de la vulve et du vagin.....                     | 115   |
| 2° Anomalies de la dilatation .....                                     | 116   |
| 3° Anomalies de la contraction .....                                    | 119   |
| 4° Femmes obèses .....                                                  | 125   |
| 5° Procidences .....                                                    | 129   |
| 6° Viciations pelviennes .....                                          | 134   |
| 7° Déchirures importantes du périnée .....                              | 141   |
| 8° Rupture utérine .....                                                | 142   |
| VI. Complications de la délivrance (hémorragies de la délivrance) ..... | 143   |
| VII. Opérations .....                                                   | 147   |
| 1° Gestation .....                                                      | 147   |
| a) Interruption de la grossesse .....                                   | 147   |
| b) Opérations chirurgicales au cours de la gestation .....              | 148   |
| 2° Parturition .....                                                    | 150   |
| a) Forceps .....                                                        | 154   |
| b) Versions par manœuvres internes.....                                 | 155   |
| c) Basiotripsies sur le sommet .....                                    | 158   |
| d) Embryotomies rachidiennes .....                                      | 159   |
| e) Incisions du col .....                                               | 162   |
| f) Opérations césariennes par voie abdominale....                       | 195   |
| g) Hystérectomies .....                                                 | 196   |
| h) Délivrance .....                                                     | 196   |
| 1° Délivrance artificielle .....                                        | 197   |
| 2° Révision utérine .....                                               | 197   |
| Transfusions .....                                                      | 197   |

|                                                   | Pages |
|---------------------------------------------------|-------|
| VIII. Gestations ectopiques .....                 | 199   |
| IX. Pathologie des suites de couches .....        | 201   |
| 1° Infection puerpérale .....                     | 201   |
| 2° Phlébite des membres inférieurs.....           | 205   |
| 3° Abscess du sein .....                          | 206   |
| 4° Hémorragies des suites de couches .....        | 206   |
| 5° Affections au cours des suites de couches..... | 207   |
| X. Mortalité maternelle .....                     | 211   |
| XI. Pathologie du nouveau-né .....                | 215   |
| 1° Enfants débiles .....                          | 215   |
| 2° Malformations fœtales .....                    | 217   |
| 3° Affections diverses .....                      | 222   |
| 4° Mort apparente du nouveau-né .....             | 223   |
| B.C.G. ....                                       | 225   |
| Mortalité infantile .....                         | 226   |
| TROISIÈME PARTIE. — Service social .....          | 229   |
| Conclusions .....                                 | 235   |

IMPRIMERIE "MULTIGRAPHICA"

4 et 5, Rue Barbès

MONTRouGE (Seine)



